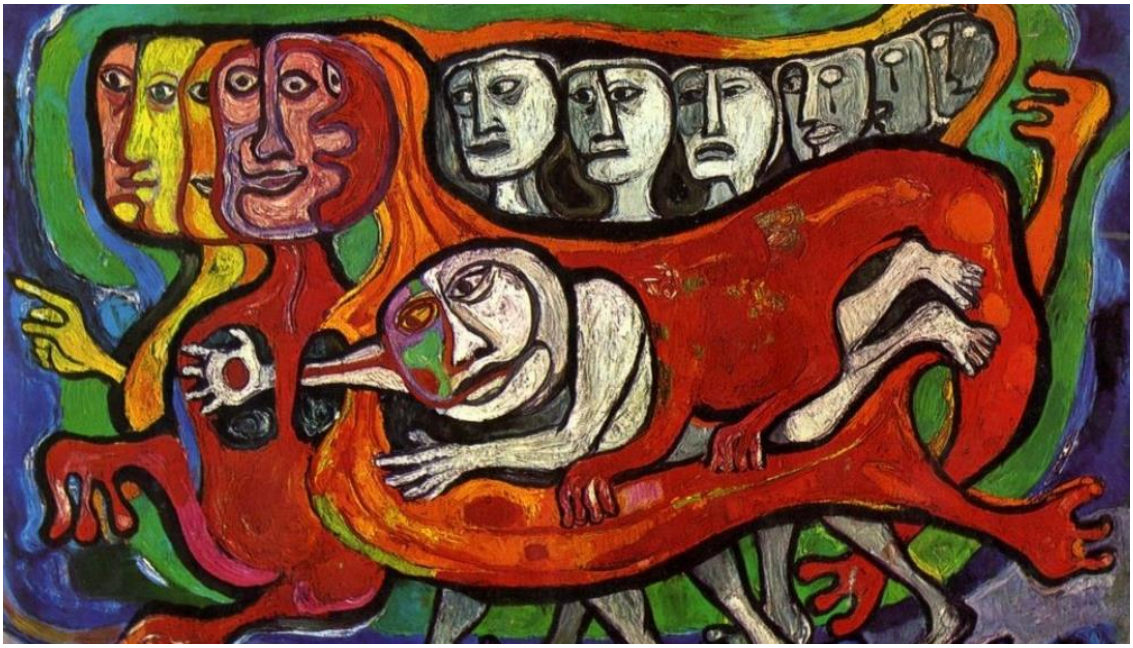
Centro de Formación Laboral n° 429

Curso operadores/as sociocomunitarios/as especializados/as en atención de adicciones

2025



Raquel Forner – Terráqueos en marcha

Material introductorio al campo de los consumos

Instructora: Julieta Cassini

***

Antes de comenzar con la lectura y trabajo sobre los textos, es necesario tener presente algunas consideraciones que nos permitirán contextualizar nuestra mirada sobre el curso y las temáticas a abordar.

En primer lugar, les contamos que nuestro curso se enmarca dentro de los fundamentos del nivel educativo denominado FORMACIÓN PROFESIONAL/LABORAL, perteneciente a la educación técnico profesional. Este nivel tiene entre sus principales objetivos el impulso de las capacidades socio-laborales de las personas para el trabajo ya sea por medio de la adquisición de conocimientos o competencias. Enfatiza en el análisis y la preparación para la inserción de las personas en el ámbito económico y productivo (Ley n° 26.058, 2005). Por ende, nuestra línea de trabajo primordial es el acompañamiento de ustedes en su preparación para los mundos posibles de trabajo.

El curso se presenta como un espacio de reflexión e intercambios centrado en el área de la salud. De esta manera, apelamos a la multiplicidad de saberes para poder conformar una caja amplia de herramientas profesionales. Esto a su vez, va de la mano de nuestra intención de brindar un espacio de formación donde circule la educación pública, gratuita, laica y da calidad.

En segundo lugar, consideramos que el trabajo sobre los consumos problemáticos supone una mirada interdisciplinar e interseccional. Esto se debe a que entendemos que estamos frente a una temática también compleja y multideterminada. Partimos de considerar a los consumos problemáticos dentro del campo de la salud/salud mental. Esto se sustenta por medio de la ley de salud mental n° 26.657 (2010) que en su artículo 4 determina lo siguiente: "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud".

Centrarnos en el campo de la salud/salud mental nos posibilitará comprender las orientaciones de nuestras acciones profesionales. No obstante, esto no implica desconocer las vertientes jurídicas, económicas, políticas, culturales, etc. que hacen a los consumos problemáticos.

En tercer lugar, no reduciremos nuestro estudio a las "adicciones" sino que hablaremos de consumos problemáticos. Entendemos a los consumos problemáticos como "aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud" (Ley n° 26.934. Art. 2,2014)

Finalmente, queremos desde la institución darles la bienvenida e invitarles a recorrer este trayecto formativo con nosotrxs.

Es importante que tengan en cuenta que los materiales que les presentamos son una propuesta posible a trabajar sobre las temáticas, no la única. Si se les dificulta la lectura sobre los textos, requieren de algún tipo de acompañamiento u orientación, les interesa material complementario,

tienen dudas o sugerencias, estamos abiertos a seguir pensando juntxs cómo podemos hacer para fortalecer y potenciar el proceso de enseñanza y aprendizaje. Estamos entrando en un campo muy particular, con terminología específica. Si hay dudas o consultas sobre términos o cosas que desconocemos, es fundamental compartirlo para poder ir armando el devenir de este proceso grupal entre todxs.

¡Buen recorrido!

Referencias:

- Ley n° 26.058. Ley de Educación Técnico Profesional. (2005). Publicada En *El boletín oficial,* 9 de septiembre de 2005.
- Ley n° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010). Publicada En *El boletín oficial,*2 de diciembre de 2010. Argentina.
- Ley n° 26.934. Plan IACOPP. Publicada En *El boletín oficial,* 29 de mayo de 2014. Argentina.

TEXTO N° 1 - KORMBLIT, A. L., CAMAROTTI, A. C. Y DI LEO, P. F. (2010). *PREVENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS*. SEDRONAR.

El Uso/consumo de drogas resulta una temática compleja porque para analizarlo o entenderlo se deben tener en cuenta la multiplicidad de formas que pueden asumir los elementos que forman parte de la misma, entre ellos: diferentes representaciones sociales que se ponen en juego, prácticas individuales y colectivas, sujetos, sustancias, contextos socio-económicos, políticos, culturales e ideológicos, en los que dicho uso se lleva a cabo.

Partimos de una premisa fundamental: para lograr trabajar este tema hay que tener presente una perspectiva relacional. Es decir, "la droga" no existe como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso, las cuales no siempre responden al estereotipo que circula tanto en los discursos formales como en los del sentido común. En este sentido, lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe... (...) Así, existen varios modos de consumo, que comprenden las frecuencias y cantidades, pero también el tipo de compromiso en el uso de la droga definido por un sistema de relaciones, con sus rituales organizados alrededor de la toma del producto (Castel y Coppel, 1994: 230).

Por otra parte, si algunas personas consumen drogas al punto de que no pueden manejar sus vidas, hay que interrogarse no sobre las sustancias, sino **sobre las motivaciones que tienen esas personas para consumirlas de ese modo.** Así, en el análisis del problema hay que contemplar los motivos de consumo de drogas que pueden conducir a las personas a tal conducta y los factores ambientales que pueden constituir una parte importante de estos motivos. Por lo general, socialmente se concibe a los consumidores/usuarios de drogas desde una de las dos lógicas que lograron la hegemonía en el tratamiento de estos temas: la que pretende su "cura", o lógica sanitaria, y la que busca el "control", o lógica punitiva.

Las dos lógicas mencionadas están edificadas sobre la noción de conducta "desviada", que se vincula con la falta de aceptación de las normas sociales. Las normas son ideas compartidas acerca de cómo deben comportarse las personas. Establecen pautas para las más diversas conductas, como por ejemplo cuándo y dónde dar a luz, qué y cómo comer, cómo vestirse, cuándo y cómo decir chistes, etc. Sin embargo, la conducta puede no ajustarse a las normas. Por otra parte, en las sociedades complejas, como las nuestras, las personas pueden tener normas diferentes, según sus convicciones personales.

Definición del concepto de drogas

Los productos unificados bajo el concepto de **drogas**, y que definiremos como **sustancias químicas, serán aquellos que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste, pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan** (Romaní, 1999).

Romaní (1999) encuentra que en las sociedades urbano-industriales contemporáneas centrales se produjeron una serie de cambios sociales, culturales, tecnológicos, etc., que propiciaron la emergencia de un nuevo fenómeno, etiquetado como "drogodependencia". A falta de un término más preciso, se entiende la drogodependencia como **aquel fenómeno complejo caracterizado por el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo y la organización del conjunto de su vida cotidiana en torno de este hecho**. La/s sustancia/s eje de la drogodependencia puede/n ser tanto drogas no institucionalizadas o de uso ilegal (cocaína,

marihuana, crack, éxtasis, pasta base) como institucionalizadas o de uso legal (alcohol, tabaco, psicofármacos).

Es importante recordar que la **OMS define la droga** como **una "sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones"**. Esta definición puede ser aplicada tanto a las sustancias "lícitas" como a las "ilícitas", según la clasificación del discurso jurídico.

Cuando hablamos de **sustancias lícitas** podemos distinguir entre las permitidas pero de circulación regulada, que están en el mercado con fines terapéuticos –medicamentos– y las permitidas y socialmente estimuladas desde los medios masivos de comunicación, como el alcohol y el tabaco.

Por otra parte, si bien hablamos de **sustancias ilícitas o prohibidas** aquí y ahora, de acuerdo con la legislación actual (heroína, LSD, cocaína, marihuana, etc.), esta prohibición, que se da en el nivel jurídico-normativo, no tiene necesariamente relación con su nivel de perjuicio o peligrosidad.

Otra clasificación que hoy está cuestionada es la de drogas "blandas" –término que minimiza su peligrosidad– entre las que se incluyen el tabaco, el alcohol y la marihuana, y drogas "duras", por ejemplo, la cocaína, la heroína y la pasta base.

<u>Términos importantes para los abordajes sobre consumo de drogas</u>

Asimismo, cabría distinguir un uso de las drogas vinculado con el desarrollo social y económico insuficiente (como ocurre en los países en desarrollo o, en el caso del alcohol, entre las clases sociales más pobres) de un uso que, por el contrario, se relaciona con la saturación del universo del consumo, tal como empezó a manifestarse durante los años 60 en los países industrializados, como respuesta contestataria frente a un mundo del que había que huir porque estaba "demasiado lleno" de cosas y no porque en él hubiera carencias.

Si bien la siguiente clasificación de la **OMS puede ser cuestionable, consideramos que es importante saber que esta institución clasificó las drogas en cuatro grupos, en función de su peligrosidad:** las más peligrosas serían aquéllas que crean dependencia física con mayor rapidez y que presentan mayor toxicidad y las menos peligrosas aquéllas que crean únicamente dependencia psicológica. Estos grupos ordenados de mayor a menor peligrosidad son:

• Grupo 1: opiáceos (opio, heroína, morfina, etc.)

• Grupo 2: barbitúricos (depresores) y alcohol

• Grupo 3: cocaína y anfetaminas

• Grupo 4: ácido lisérgico, cannabis –marihuana, hachís– y mescalina

Para aclarar los términos SEDRONAR ofrece las siguientes definiciones:

- **Medicamento:** preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, el diagnóstico y/o el tratamiento de una enfermedad o estado patológico.
- **Nombre genérico:** denominación de un principio activo o droga farmacéutica adoptados por la autoridad sanitaria nacional.
- **Estupefacientes:** sustancias que han sido consideradas prohibidas por el Poder Ejecutivo Nacional y que figuran en las listas I y II de la Convención Única de Estupefacientes de 1961.

- **Sustancias psicotrópicas:** en la práctica el término se utiliza como sinónimo de estupefacientes.

La frecuencia de uso de drogas también motiva clasificaciones poco claras. La siguiente clasificación es una de las más consensuadas entre los especialistas:

Consumidor experimental: consumió 1 a 3 veces en la vida y no ha vuelto a hacerlo desde hace 1 año o más
Consumidor ocasional: consume 1 o 2 veces al mes
Consumidor habitual: consume cada semana o varias veces en la semana
Consumidor intensivo: consume 1 o varias veces por día.

Consumo problemático de drogas

El sentido común nos indica que el consumo problemático abarca las dos últimas categorías de esta clasificación, lo que no es tomado en cuenta en algunas estadísticas, en las que se indaga acerca de si en el último mes o en el último año la persona ha consumido algún tipo de drogas, sin tener en cuenta que puede haber sido una única vez. Sin embargo, no hay que olvidar que un consumo experimental u ocasional también puede ser problemático si se consume en forma excesiva, aunque sea una única vez.

Lo que es especialmente problemático del consumo es el hecho de haber perdido el control de sí mismo o el haber incurrido en prácticas de riesgo para sí mismo o para los demás bajo los efectos de una sustancia (por ejemplo conducir un vehículo después de haber tomado alcohol o haber consumido otra droga).

Según Touzé en su texto Prevención del consumo problemático de drogas (2010) existen diferentes formas posibles de vincularse con las drogas. Cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas, si se constituye en un uso problemático. ***La autora extrae una definición del concepto de consumo problemático de drogas de El Abrojo (2001: 26) en donde se expresa que un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber:***

1. **su salud física o mental;**
2. **sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos);**
3. **sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio);**
4. **sus relaciones con la ley.**

En general, los estudios sobre los distintos usos de drogas coinciden en considerar una interacción constante entre tres elementos que forman parte del fenómeno y que son necesarios a la hora de realizar cualquier análisis: ***sustancias, individuos y contexto.***

Teniendo en cuenta estos tres elementos…

se define el **USO DE DROGAS** como la utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia (por ejemplo usar medicamentos debidamente recetados por un facultativo) o de experimentar sensaciones placenteras (por ejemplo fumar o tomar alcohol de forma moderada en las comidas o fuera de ellas). Como se ve, el uso de drogas es **medido y planificado y está en relación con normas consensuadas por la mayoría de las personas que integran una cultura determinada**, que consumen en contextos específicos (por ejemplo acompañando la ingesta de comidas en el caso del alcohol, siguiendo prescripciones médicas en el caso de los medicamentos, etc.).

El USO es entonces aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

En la práctica es muy difícil definir un consumo como "uso", ya que son tantos los factores a considerar que lo que para el consumidor podría parecer un uso moderado, puede estar traspasando las fronteras del abuso para un observador neutral. Es preciso, por ello, afinar la mirada antes de valorar como "uso" una determinada forma de consumo. No basta con fijarse en la frecuencia, porque podrían darse consumos esporádicos en los que el sujeto abusara rotundamente de la sustancia. Tampoco podemos atender sólo a la cantidad, ya que podría haber consumos en apariencia no excesivos, pero repetidos con tanta frecuencia que estarían sugiriendo alguna forma de dependencia. Tampoco es ajeno a este proceso el estado en que se encuentre el consumidor, ya que, por ejemplo, un mismo consumo moderado de alcohol puede derivar en abuso si el sujeto está tomando tranquilizantes prescritos por su médico. Es preciso también poner la vista sobre el entorno del sujeto, ya que podría darse un consumo de drogas que además de perjudicar al sujeto, afectara gravemente a terceros.

No todas las drogas permiten una relación de estas características. Por ejemplo, la mayoría de los fumadores son dependientes del tabaco. Existen personas que sólo fuman de vez en cuando, o que no superan los 2 o 3 cigarrillos, pero son una clara minoría.

CONSUMO PROBLEMÁTICO: ABUSO Y DEPENDENCIA/ADICCIÓN

El **ABUSO DE DROGAS**, en cambio, **se refiere a su consumo con cierta periodización y en dosis importantes; por lo general este tipo de consumo es aceptado por grupos minoritarios en una sociedad**. Entran en esta categoría por ejemplo los bebedores excesivos de alcohol que consumen en reuniones o durante los fines de semana.

Aquella forma de relación con las drogas en la que**, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.** El consumo de diez cigarrillos podría ser considerado no excesivo. Sin embargo, cuando esta cantidad se consume con una frecuencia diaria, puede favorecer alteraciones respiratorias. Por el contrario, alguien podría consumir cocaína en una sola ocasión, pero hacerlo en tal cantidad que desencadenara algún tipo de accidente cerebral. Puede que una mujer sea moderada en sus consumos habituales de alcohol y tabaco, pero si los mantiene durante el embarazo estará incurriendo en abuso.

Más allá de ideas preconcebidas, en cada caso tenemos que analizar los diversos elementos referentes a las sustancias, a las pautas de consumo y al contexto personal y social en el que el

consumo tiene lugar, antes de decidir si nos encontramos en presencia de una situación de uso o de abuso.

Las **ADICCIONES** se dan cuando **las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad, que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo.** Hablamos de adicciones a actividades y no sólo a sustancias porque el mismo patrón de conducta que se establece en relación con las drogas puede establecerse en relación con actividades como por ejemplo mirar televisión, interactuar con la computadora o jugar compulsivamente. Se habla entonces de dependencia física y/o psicológica en el caso del consumo de sustancias y psicológica en el caso de actividades y de síndrome de abstinencia cuando se prescinde del consumo.

En el caso de la **DEPENDENCIA DE DROGAS**, ésta está en estrecha relación con un determinado estilo de vida y no sólo con un tipo y efecto farmacológico de una sustancia sobre el individuo. Lo farmacológico tiene un papel importante, pero no se lo puede considerar como el factor causal único de la dependencia. Romaní (1999) sostiene que la adicción o toxicomanía es un estado complejo que desarrollan ciertas personas usuarias de drogas en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias usadas, los aspectos genéticos, el entorno social, los rasgos psicológicos y las experiencias personales.

Siguiendo a la **Organización Mundial de la Salud,** podemos entender la **DEPENDENCIA** como aquella **pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes**. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica sin aparente trascendencia, pasa a convertirse así en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para compararlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.

El concepto genérico de dependencia integra dos dimensiones:

a) **Dependencia física**: En este caso el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad. Cuando este nivel desciende por debajo de cierto límite aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga.

El concepto de dependencia física está muy asociado al de tolerancia. Es el proceso que se da, por ejemplo, con el alcohol. En los primeros consumos afecta notablemente, aun en dosis muy bajas. Sin embargo, si se supera esta fase y el consumo se hace habitual, el organismo se va adaptando al tóxico como medida de protección.

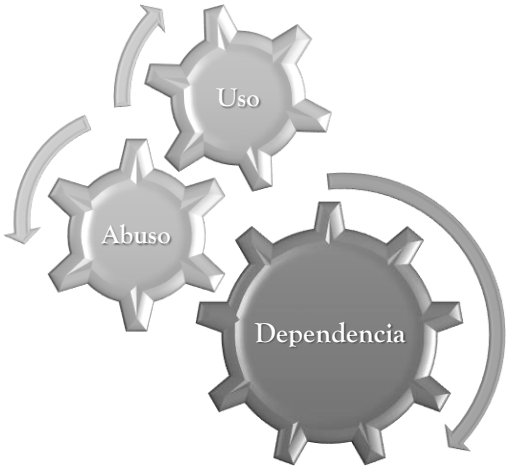
Cuando una persona dependiente abandona el consumo, su tolerancia disminuye. Si pasado un tiempo reanuda el consumo en las dosis anteriores, padecerá una intoxicación aguda que, dependiendo del tipo de droga de que se trate, puede llevarle al coma e incluso a la muerte. Así se explican buena parte de las muertes por sobredosis en sujetos dependientes de la heroína.

b) **Dependencia psíquica**: Compulsión por consumir periódicamente la droga para experimentar un estado “agradable” (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado “desagradable” (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).

La dependencia física suele superarse tras un período de desintoxicación que, en función de cada droga, puede prolongarse como máximo durante 15 días. Es más costoso desactivar la dependencia psíquica, ya que requiere introducir cambios en la conducta y en las emociones del

sujeto que le permitan funcionar psíquicamente (obtener satisfacción, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones, etc.) sin necesidad de recurrir a las drogas.

Nota: Los términos de uso, abuso y dependencia han sido complementados con aportes de la siguiente página web: http://ocw.innova.uned.es/ocwuniversia/Educacion-Vial/efecto-de-alcohol-las-drogas-y-otras-sustancias-en-la-conduccion/cap4



… RECORDEMOS EL CONCEPTO DE CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE LA LEY N° 26.934 "PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS"…

ARTICULO 2° — Consumos problemáticos.

A los efectos de la presente ley, se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

TEXTO N° 2 – MATERIAL DIDÁCTICO – PUNTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR SOBRE EL CAMPO DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.

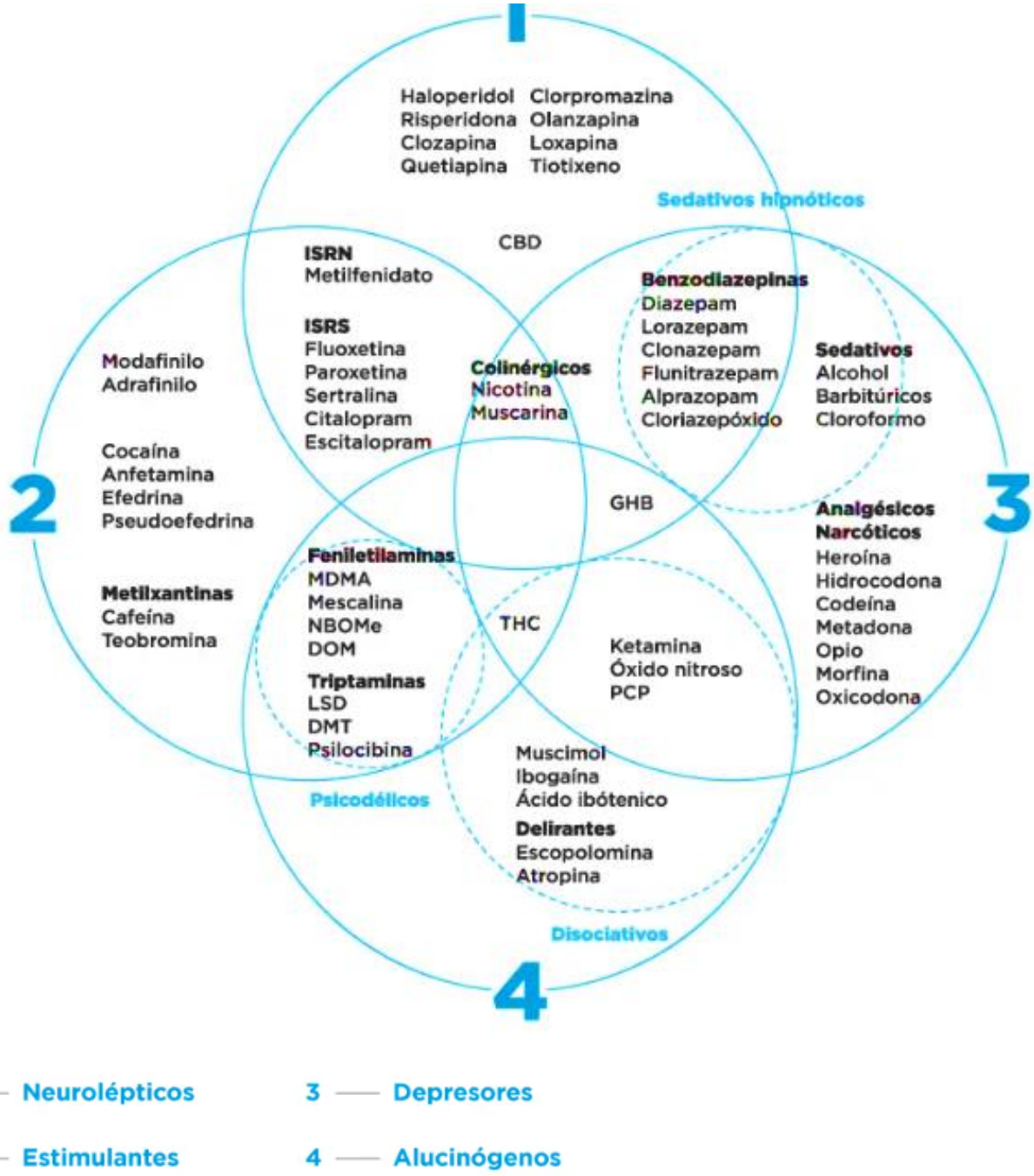
- Para comenzar, sería importante que podamos retomar en concepto de SUSTANCIAS PSICOACTIVAS entendidas como: “compuestos químicos capaces de cambiar el modo en que funciona la mente mediante la interacción con las estructuras neurológicas, como alterar las sensaciones de dolor y placer, el estado de ánimo, la conciencia, la percepción, la capacidad de pensar y de ser creativos, el estado de alerta y otras funciones psicológicas. El término “sustancias psicoactivas” engloba tanto las drogas lícitas (alcohol, tabaco, cafeína, ansiolíticos, etc.) como las ilícitas (cannabis, LSD, cocaína, heroína, etc.)”. (El gato y la Caja – Un libro sobre drogas)

- Como ya pudimos dar cuenta en el texto anterior, hay múltiples categorizaciones que se pueden conjugar para hablar de consumos problemáticos. En el marco del curso, tomaremos una clasificación de “un libro sobre drogas” de la editorial El gato y La caja Gato la cual introduce una distinción de las SUSTANCIAS vinculadas con los efectos sobre el sistema nervioso central. La misma consiste en:

ESTIMULANTES (PSICOANALÉPTICAS, PSICOESTIMULANTES)	La sustancias psicoactivas estimulantes se caracterizan por aumentar la actividad del sistema nervioso central, lo que resulta en un estado de mayor alerta y energía. Ejemplos: Anfetaminas, cocaína, pasta base, nicotina.
DEPRESORAS (PSICOLÉPTICAS)	Las drogas depresoras tienden a disminuir la actividad en el sistema nervioso central. Sus efectos se caracterizan por la reducción de la sensación de dolor y la aparición de un sentimiento de relajación. Cabe aclarar que el efecto depresor se produce sobre las neuronas y no sobre el estado de ánimo. Ejemplos: Alcohol, opio y sus derivados (morfina, heroína, codeína, fentanilo), neurolépticos.
PSICODÉLICAS (PSICODISLÉPTICAS, ALUCINÓGENOS)	El término viene del griego antiguo (psyche, alma y deloun, revelar, poner en evidencia) y se puede traducir aproximadamente como “drogas que se manifiestan en la mente”. El nombre resulta muy apropiado, ya que una característica central de los psicodélicos es su capacidad para alterar nuestra conciencia, tanto sus contenidos (los sentidos como la visión, el oído o el tacto) como algunas de sus propiedades más abstractas (la percepción de

	individualidad, el flujo del pensamiento y la asociación de ideas). Es decir, tienen la capacidad de alterar la percepción sensorial y el estado de conciencia del usuario mediante la distorsión de los mensajes en el sistema nervioso central. Ejemplos: LSD, Psilocibina, Mescalina.
CANNABINOIDES	Tendemos a concebirla unívocamente como el psicoactivo al que nos refiere, pero detrás de “la marihuana” hay mucho más. Se le llama “cannabis” a un grupo de plantas muy emparentadas que fueron usadas históricamente por el ser humano para diversos fines: como medicina y de forma recreacional, como parte de algunas ceremonias religiosas, y para la obtención de productos comestibles y de manufactura. Ejemplos: CBD, THC, CBC, CBG.

Es importante considerar que si bien las sustancias psicoactivas suelen disponer de un espectro tendiente hacia algunos efectos, en algunos casos pueden desplegarse en abanico amplio. De allí es que podemos reconocer los diversos cruces y bordes:



Libro completo disponible en: https://elgatoylacaja.com/sobredrogas/indice#indice

- Ahora, también es fundamental que tengamos en cuenta que el consumo problemático no solamente alcanza a las sustancias sino que como indicamos anteriormente se puede relacionar con actividades: compras compulsivas, juegos de apuestas presenciales y online, juegos online, uso de pantallas, sexo, trabajo, etc. En este caso, cuando se genera una dependencia a una actividad solemos denominarla de las siguientes maneras: DEPENDENCIA COMPORTAMENTAL, ADICCIONES CONDUCTUALES, DEPENDENCIAS

NO RELACIONADAS CON SUSTANCIAS *(veremos más adelante en el módulo "campo de las adicciones" sus particularidades)*.

- Debido a ello, desde nuestro enfoque tenemos en cuenta que la mirada no puede estar solamente centrada en el objeto (sustancia y/o actividad). Apelamos en todo caso a prestar atención a LAS MÚLTIPLES VINCULACIONES QUE SE PUEDAN DAR ENTRE SUJETOS, OBJETOS Y CONTEXTOS.

En cada situación, además es importante considerar…

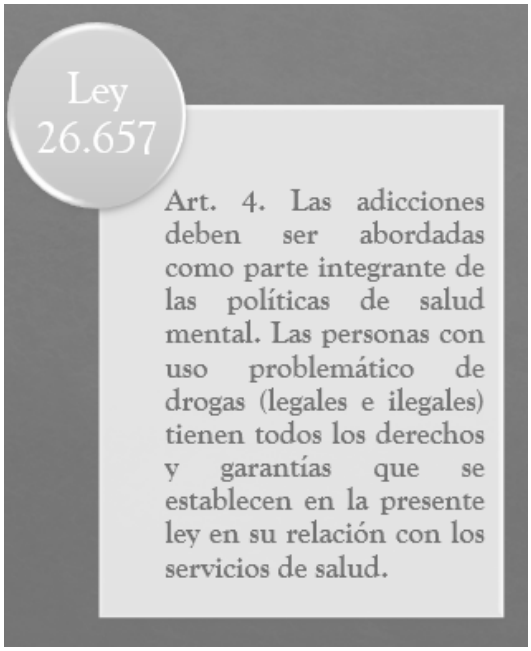
- EL SET: dimensiones propias del sujeto ej. aspectos de personalidad, conocimiento de sí mismo, referencias en torno al consumo de determinadas sustancias o vinculaciones con actividades, procesos de enfermedad atravesados o en curso.
- EL SETTING: es el entorno contingente en el cual el consumo se da. Ejemplo: tiempo, lugar, compañía.

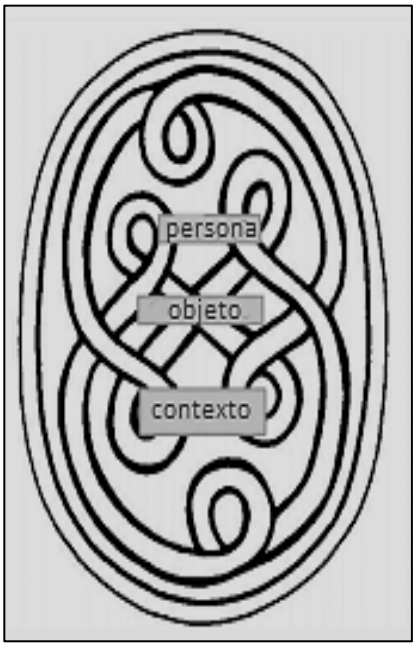
TENIENDO EN CUENTA EL SET Y EL SETTING, DEJAMOS UN EJEMPLO APORTADO POR https://guiasdelpsiconauta.news/blog/2022/07/13/set-setting/ A CONSIDERAR SI UNA PERSONA TIENE PENSADO CONSUMIR UNA SUSTANCIA PSICODÉLICA (PARADIGMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS)

SET	SETTING
- **Autoconocimiento y reflexión sobre la personalidad para anticiparse a las posibles reacciones en situaciones nuevas, especialmente si se es una persona con tendencia a la ansiedad, posesión de control, exceso de análisis, etc.** - **Es fundamental averiguar si tiene algún de historial familiar de enfermedades mentales de tipo esquizofrenia, psicosis o bipolaridad, ya que son condiciones peligrosas que se pueden agravar y/o desencadenar si hay predisposición latente a padecerlas.** - **Analizar el estado emocional en el que se haya en el momento de consumir cualquier sustancia psicodélica: es importante estar relejado y confiado antes de iniciar el viaje psicodélico.** - Visitar webs de reducción de riesgos, ver vídeos, o leer libros para informarse acerca de la sustancia y de la experiencia.	- Planificar bien los elementos que serán necesarios para la sesión con anticipación: comida, agua. - El entorno físico debe ser seguro. - Elegir un entorno físico que sea acorde con la intención de la experiencia.

Las situaciones de consumo no se pueden leer en abstracto desde la mirada socio-comunitaria. Si bien puede tomar apoyatura en la toxicología o la epidemiología por ejemplo, su centralidad pasa por contemplar la tensión de lo macro en el desarrollo de lo singular (micro).

Apelamos a la **RESPONSABILIDAD** Y NO A LA CULPA ya que consideramos que se trata de una problemática/temática de salud/salud mental. Así, proponemos no cerrar sentidos. En todo caso, hacer una lectura en múltiples niveles de análisis para comprender que el campo de los consumos se configura como un espacio de debate, problemáticas e intervención desde la complejidad.


Ley
26.657
Art. 4. Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas (legales e ilegales) tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.



- ¿A qué aspectos tendremos que atender cuando trabajemos con consumos problemáticos como agentes de salud/salud mental? – Estas dimensiones serán sobre las que focalizaremos a lo largo del año

Contexto socio-histórico-geográfico
Particularidades de la sustancia
Aspectos estructurales / recursos disponibles /potencialidades
Relación del sujeto con esa sustancia
Cuadros asociados (ej. orgánicos)
Momento evolutivo / situación personal / red de contención
Recorridos singulares

- ¿Sobre qué dimensiones podremos focalizar según los diferentes niveles de análisis o focos que pongamos en relación al campo?

Aspectos macro-sociales	- **Modo de producción capitalista – Matriz de consumo – fenómenos sociales estructurales** - **Pasaje de una lógica ciudadana a una lógica consumidora / presentaciones de época / Exceso de consumo** - Malestar en la cultura – Intoxicación

Aspectos meso-sociales	- Fenómenos estructurales que se observan en la comunidad y se intersectan con dimensiones culturales, de género, clase social, territoriales y etarias. - Dimensiones organizacionales que dialogan con el consumo que puede volverse problemático (ej. Consumo en el trabajo / dependencia al trabajo/ consumo vinculado con el trabajo y lógicas organizacionales) - Impactos de mercado y fenómenos sociales sobre grupos (desempleo, juventudes) - Tratamientos residenciales y ambulatorios
Aspectos micro-sociales	- Acercamientos posibles a partir de situaciones singulares Algunos aspectos centrales a considerar: ¿Quién consulta? ¿Cuándo lo hace? Consulta por una situación de consumo o consumo que se vuelve problemático Historia del consumo / articulaciones institucionales Trabajo que requiere apoyo institucional – salud integral / seguimiento / derivación Red de contención Intereses, gustos, potencialidades, proyectos Participación del sujeto con grupos y la comunidad

- Algo que se escucha muy a menudo es el término “patología dual” – Esta noción remite a situaciones en las cuales una persona presenta un padecimiento mental como puede ser por ejemplo esquizofrenia (un tipo de psicosis) y está atravesando una situación de dependencia a una sustancia.

- Simplemente para mencionarlo (lo veremos más adelante en este módulo), históricamente se han dado dos perspectiva socio-sanitarias sobre los consumos: el prohibicionismo que tiende hacia la abstinencia y la reducción de riesgos y daños.

El campo de los consumos problemáticos se rige normativamente por:

- Ley n° 26.657 – (2010 / 2013) Ley de salud mental - https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977

- Ley n° 26.934 – (2014) Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos (IACOP) - https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto
- Ley n° 23.7373 – (1989) Ley de estupefacientes - https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion

Si bien hay terminología específica, paciencia… iremos construyendo entre todas las personas que hacemos el curso un vocabulario en común. Si hay alguna duda, de cualquier tipo, no dudes en consultar al grupo, a un compañero, buscar por internet o acercarte a la docente para que podamos charlarlo.

TEXTO N° 3 - APUD, I Y ROMANÍ, O (2016). LA ENCRUCIJADA DE LA ADICCIÓN. DISTINTOS MODELOS EN EL ESTUDIO DE LA DROGODEPENDENCIA *SALUD Y DROGAS,* 16 (2). FRAGMENTO

Artículo completo disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf

Resumen: La idea de adicción como una "enfermedad del cerebro" surge como categoría que busca explicar el consumo compulsivo de determinadas sustancias en términos neurobiológicos y científicos. Pero los problemas de un modelo constreñido a los límites del sistema nervioso, sumado a las críticas desde disciplinas preocupadas por fenómenos psicológicos, sociales y culturales, ha producido la emergencia de nuevas concepciones, que rompen con la idea de adicción como enfermedad confinada a los límites del cerebro.

El presente artículo expone, bajo tres principales modelos, los distintos enfoques en el estudio científico de las adicciones. En primer lugar se describirá el modelo biomédico, con sus características y los problemas que enfrenta al constreñir la adicción bajo un modelo neurobiológico. En segundo lugar el modelo biopsicosocial, donde se integran variables psicológicas y de contexto. Este modelo provoca un reacomodamiento del modelo biomédico, pero también genera perspectivas críticas a su enfoque neurobiológico. En tercer lugar el modelo sociocultural, donde, desde la investigación cualitativa en ciencias sociales, se focaliza en la importancia de la cultura y el contexto social. Finalmente se realizarán algunas reflexiones sobre el concepto de adicción, tomando en cuenta las encrucijadas entre los niveles mencionados por los distintos modelos.

(…)

1) EL MODELO BIOMÉDICO: UNA ENFERMEDAD DEL CEREBRO

En un trabajo ya clásico, Harry Levine (1978) propuso el concepto médico de adicción como un producto posterior a la Ilustración, que supuso el abandono de la noción de ebriedad como una práctica "demoníaca" o "moralmente reprobable", para la creación del concepto de "adicción" bajo un modelo científico, en términos de "enfermedad del cerebro". De acuerdo con Levine, el modelo de alcoholismo fue la matriz desde donde se pensó luego la adicción en términos generales.

(…)

➢ Neuroplasticidad y recompensa

El concepto de adicción en sus inicios era especulativamente "neurobiológico", escasamente "científico" en lo metodológico, y arraigado profundamente a intuiciones "psicológicas". Es con el

avance del siglo XX que **comienzan a gestarse modelos neurobiológicos que intentan explicar, en términos causales, la adicción como enfermedad del cerebro.**

En un principio a través de modelos experimentales con animales de laboratorio, donde variables vinculadas al ambiente, la dieta y el tratamiento podían ser controladas (Planeta, 2013). Pero la consolidación de este modelo comenzará en las décadas de 1970s y 1980s**, con el descubrimiento de los receptores opioides (Koob & Simon, 2009), la aparición de las técnicas de neuroimagen (Guardia, 2000; Llanero & Pedrero, 2014), y el predominio del paradigma neo-kraepeliano,** que sustituye al enfoque psicoanalítico de las décadas anteriores (de Leon, 2013; Luhrmann, 2007; Martínez-Hernáez, 2000).

Esto trae consigo una fuerte concepción biologicista en psiquiatría, que supuso el menosprecio de metodologías "blandas" – como la interpretación clínica psicoanalítica-, y un progresivo interés por una medicina basada en la evidencia (Bobes et al., 2007; Oken, 2009). Las nuevos descubrimientos y tecnologías en neurociencias permitieron la elaboración de un modelo construido a partir del **estudio in vivo del cerebro**, **tanto del efecto de distintas drogas, como de fenómenos específicos,** como el craving (intensas ganas de volver a consumir), la abstinencia, o distintas alteraciones en los procesos cognitivos (Guardia, Segura, & Gonzalbo, 2000).

Desde un punto de vista teórico surge la necesidad de explicar el fenómeno en términos evolutivos, a través de conceptos clave como los de adaptación, neuroplasticidad, y los mecanismos de recompensa. La idea de **neuroplasticidad** supone la capacidad única que tiene el sistema nervioso de adaptarse ante nuevas condiciones ambientales, permitiendo cambios en el comportamiento y las estrategias de supervivencia a una velocidad mucho mayor que los tiempos manejados por la genética (Moizeszowicz, 2000). Involucra distintos mecanismos, como la capacidad de alterar el número de sinapsis, los neurotransmisores disponibles, el número de receptores postsinápticos, entre otros (Kuhar, 2012).

El paradigma biomédico intentará explicar en términos evolutivos por qué el cerebro humano queda aferrado a comportamientos que van en detrimento de su capacidad adaptativa, y cómo la neuroplasticidad puede volverse una desventaja bajo los efectos de las drogas.

Aquí entran en juego los **"mecanismos de recompensa",** vinculados a la manera que tiene el cerebro de promover y valorar aquellas conductas adaptativas útiles -como la alimentación o la reproducción-, a través de mecanismos vinculados al placer. El efecto hedónico de recompensa se realiza principalmente a través del sistema dopaminérgico, involucrando las vías mesolímbicocorticales: área tegmental ventral del mesencéfalo, sus proyecciones hacia el sistema límbico - principalmente nucleus accumbens-, y finalmente otras áreas, entre ellas la corteza prefrontal, explicando la "pérdida de control" y la impulsividad (de Sola, Rubio, & Rodríguez, 2013; Rodríguez, del Arco, & Ferrer, 2003).

Las drogas actuarían entonces sobre la neuroplasticidad de los circuitos de recompensa dopaminérgicos, "hackeando" (Platt, Watson, Hayden, Shepherd, & Klein, 2010), "pirateando" (Becoña & Cortés, 2010) éstos mecanismos de ponderación; interponiéndose entre la recompensa y el comportamiento adaptativo, y sustituyendo al segundo por el "placer mismo" del consumo.

En su esencia, el craving de la droga sería un fenómeno similar al de la sed y el agua, pero ante una sustancia que produce una necesidad "artificial" (Friedman & Rusche, 1999**). A su vez, para**

que una droga sea adictiva su potencia debe ser mayor a la de los neurotransmisores naturales, produciendo no solamente placer sino también tolerancia, síndrome de abstinencia, y finalmente "dependencia física" (Stoehr, 2006). Durante la exposición prolongada a la presencia de la droga el cerebro se habitúa a funcionar bajo elevados niveles de dopamina que el sistema nervioso compensa produciendo una menor cantidad de receptores dopaminérgicos. Es entonces que el adicto, para lograr el efecto deseado, debe recurrir a dosis cada vez mayores, llevando al consumo compulsivo (Koob, Sanna, & Bloom, 1998), y a un ciclo autodestructivo en los mecanismos homeostáticos del cerebro (Becoña & Cortés, 2010).

- **La encrucijada de la dependencia psicológica**

El modelo neurobiológico de la adicción (presentado aquí en forma muy breve), permitió dar cuenta de los fenómenos que se agrupan bajo la noción de "dependencia física", más no de los vinculados a la "dependencia psicológica". La distinción de ambos tipos de dependencia surge en los años 1960s a través de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1964), en respuesta a los distintos problemas que suscitaba el concepto clásico de adicción. **Según distintos autores (Escohotado, 1992; Peele, 1990; Room, 1998) la iniciativa fue producto de la incapacidad de clasificar como adictivas a un conjunto de sustancias relacionadas con los tratados internacionales. Entre ellas estaban la marihuana y los alucinógenos, que comenzaban a ser usados ampliamente por la población más joven, y que bajo la nueva terminología podían ser entendidas como sustancias que causaban dependencia psíquica.**

Pero las encrucijadas que intenta resolver esta distinción son más complejas aún. Por un lado, la distinción refleja **el problema general de la psiquiatría de no poder prescindir de las descripciones psicológicas.** En el caso particular de las adicciones, esto es fácilmente constatable si consideramos la predominancia de los criterios psicológicos en los manuales DSM[1] (manual ampliamente usado en el campo sobre criterios vinculados a la "dependencia física" (Becoña et al., 2008). Por otro lado, el problema no ha sido solo intentar abarcar la extensión de drogas ilícitas incluidas en los tratados internacionales, **sino también cómo explicar la aparición de diversas adicciones comportamentales sin la presencia de una sustancia** (aunque el DSM actualmente sólo reconoce el juego compulsivo la lista podría abarcar un sinfín de actividades), **o la presencia de dependencia física sin el desarrollo de una adicción**, por ejemplo en el caso de gran cantidad de pacientes medicados para el dolor.

(…) Se plantea un problema de fondo sobre la adicción como "enfermedad del cerebro", al no poder establecerse un correlato neurobiológico necesario y suficiente para explicar las adicciones. Friedman & Rusche (1999) deciden resolver ésta encrucijada bajo la noción de "definición de trabajo". Definen adicción como la suma de dependencia psicológica y física, siendo la primera un artificio provisorio que permite continuar trabajando las lagunas de conocimiento sobre el tema, bajo la promesa de, en un futuro, poder explicar estos mecanismos psicológicos en términos neurocientíficos, y así abandonar el concepto de "dependencia psicológica" definitivamente. (…)

- **Motivación, memoria y aprendizaje**

El modelo neurobiológico de adicción ha debido extenderse con el paso del tiempo más allá de los límites del sistema dopaminérgico. Por un lado, porque no todas las drogas actúan

[1] Manual de psiquiatría. Es ampliamente usado en el campo para la clasificación de trastornos en salud mental. A partir de los síntomas se puede llegar a la determinación del trastorno, su clasificación y de ahí avances para el tratamiento. Apunta a aspectos generales y particulares de los trastornos.

directamente sobre el mismo. **Los circuitos involucrados actualmente han sido extendidos hacia otros neurotransmisores** (e. g. opioides peptídicos, GABA, serotonina) que actuarían de forma indirecta sobre los mecanismos de recompensa.

Concomitantemente, esta ampliación se da también hacia otros sistemas, como la modulación del estrés a través del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (Koob & Simon, 2009), **o bien otras estructuras cerebrales,** como la corteza orbitofrontal, vinculada a la recompensa olfatoria y gustativa (Platt et al., 2010). **Estas sucesivas extensiones del modelo incluyen también ir más allá de la idea de recompensa, abarcando otros procesos cognitivos como la memoria, la motivación y el aprendizaje.** Se suman entonces regiones como el hipocampo (memoria espacial y declarativa), amígdala (estados emocionales negativos), y regiones corticales implicadas en funciones ejecutivas, de control y de integración (Barrondo & Callado, 2006). **El interés por éstas áreas se relaciona a su vez con el estudio del comportamiento condicionado de ansia de la sustancia en respuesta a señales como objetos, individuos y lugares (Kilts, 2006**). Un ejemplo sería la teoría motivacional de Robinson & Berridge (1993), donde, mediante estudios de modelo animal, el sistema de recompensa es entendido como productor de atribución sobre representaciones y estímulos –incentive salience–, permitiendo dirigir la atención del individuo. En este modelo es tan central la experiencia interna de placer como el aprendizaje asociativo y el contexto, vinculado a interacciones con el medioambiente.

En suma, el conjunto de estas nuevas investigaciones apunta a que, para que la dependencia física culmine en adicción, ésta debe asociarse a ciertos mecanismos básicos de aprendizaje: de condicionamiento operante (reforzamientos positivos y negativos), de condicionamiento clásico (estímulos neutros que se asocian al craving provocándolo), y de aprendizaje explícito (memoria). Se **trata de un aprendizaje del ser adicto que involucra tanto conocimientos implícitos como explícitos, siendo que muchas de las secuencias conductuales que median el abuso de drogas se automatizan** y terminan realizándose sin esfuerzo cognitivo, quedando almacenadas a través del aprendizaje implícito, mucho más difícil de inhibir. De esta manera el modelo biomédico adquiere mayor complejidad y poder explicativo, integrando recompensa, condicionamiento, motivación, aprendizaje, memoria y estímulos externos. **Todos estos aspectos son integrados en la definición oficial de adicción propuesta por el NIDA (2012),** ***describiéndola como una enfermedad crónica del cerebro, que involucra los sistemas de recompensa, motivación, aprendizaje y decisión. Al integrar aprendizaje y señales del contexto, el paradigma biomédico busca adaptarse al nuevo modelo biopsicosocial*****.**

2) EL MODELO BIOPSICOSOCIAL

Como se mencionaba con anterioridad, la imposibilidad de constreñir la adicción a los límites del "cerebro" lleva a la necesidad de incluir categorías psicológicas en el diagnóstico y definición de la adicción/dependencia, a una ampliación de los mecanismos neuronales, y al estudio de los distintos tipos de estímulos y condicionamientos involucrados.

Esto ha llevado a un corrimiento progresivo desde un modelo biomédico exclusivamente centrado en la idea de una "enfermedad del cerebro", a uno biopsicosocial: …continua controversia entre dos modelos: el modelo médico de enfermedad, que ha sido el dominante durante las décadas precedentes, y **el modelo biopsicosocial, que entiende la adicción como una conducta habituada, y que ha ido ganando terreno al haber demostrado su mayor capacidad para explicar los hallazgos empíricos a la luz de las neurociencias**. (…)

A partir de este nuevo "paradigma", la idea de que existe una complejidad de factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, vinculados no solo a un nivel neurobiológico, sino también psicológico y social, es ampliamente aceptada por los diversos especialistas en adicciones, siguiendo una tendencia general en el campo de la salud (García, 2015). En el ámbito psicoterapéutico existe una diversificación progresiva de los tratamientos, que abarcan la mayor parte del espectro biopsicosocial: terapias cognitivo-conductuales, estrategias motivacionales, abordajes centrados en la familia, modelos sistémicos, terapias psicodinámicas y psicoanalíticas, entre otras (Becoña et al., 2008; Pedrero & Ruiz, 2014).

En el caso de la definición del NIDA, si bien sostiene formalmente la idea de "enfermedad cerebral", también incluye diversos factores de vulnerabilidad, bajo la encrucijada de la multifactorialidad: predisposición genética –de un 40 a un 60 % (Ibáñez, 2008; Robison & Nestler, 2012)-, edad de exposición a las drogas, y factores contextuales en distintas áreas sociales, como la familia o el trabajo (NIDA, 2012).

Los factores psicológicos y sociales serán estudiados con gran interés a partir de los años 1970, a través de distintos estudios clásicos que muestran la personalidad y el contexto social no solo como telón de fondo, sino como parte central del proceso de adicción, confrontando en muchos casos con la noción de adicción en tanto "enfermedad del cerebro". Norman Zinberg por ejemplo, estudia el uso de heroína por soldados estadounidenses durante y posteriormente a la Guerra de Vietnam, demostrando cómo el uso y abuso de heroína está condicionado por el contexto, siendo que, al volver los soldados a su país, el uso de la misma se reduce drásticamente (Zinberg, 1972, 1984). Es a partir de allí que **Zinberg expone su famoso triángulo, en donde los efectos del consumo de cualquier droga no dependen solamente de las propiedades farmacológicas de la misma, sino también de su interacción con lo que el autor denominó Set & Setting (sujeto y contexto respectivamente**). (…)

3) EL MODELO SOCIOCULTURAL

Por último tenemos aquellas perspectivas que desde la antropología y la sociología, y a través de metodologías cualitativas de investigación, han construido lo que denominaremos modelo sociocultural.

En sociología, el tema se ha abordado desde distintos enfoques: el estudio de la relación entre las adicciones y los procesos de anomia y desviación, el estudio de la "subcultura" de la droga y sus "nichos" de desorganización social, las teorías del "etiquetado social" y estigmatización del adicto, entre otros (Comas, 1993). La antropología por su parte ha abordado el problema definiendo al objeto "droga" no como un ente normativo (modelo penal) o patológico (modelo médico) sino como un campo de relaciones entre sustancias, sujetos y contextos (Romaní, 2007).

(…)

Las distintas perspectivas englobadas bajo este modelo sociocultural han ayudado a comprender las distintas prácticas sociales y culturales relacionadas con las drogas, desde el uso de psicoactivos en sociedades tribales o tradicionales (en sus usos religiosos, médicos, y recreativos), hasta las distintas "subculturas de la droga" y sus usos más generalizados en nuestras sociedades contemporáneas**. A partir del estudio de las sociedades tradicionales, la etnografía ha mostrado cómo los efectos positivos y negativos de las distintas sustancias psicoactivas no pueden separarse de sus contextos culturales.**

Uno de los estudios pioneros es el de Weston La Barre (2012) en los años 1930s, sobre la función ritual y medicinal del peyote en los nativos americanos. El estudio del peyote en tanto medicina tradicional y sacramento cultural llevará posteriormente a la defensa de los derechos de los indígenas a su transporte y uso ritual, realizada por reconocidos antropólogos como Franz Boas, Sol Tax, Omar Stewart, y el mismo La Barre en la primera mitad de siglo XX (Page & Singer, 2010). A mediados de siglo XX comienza un interés por la relación entre alucinógenos y cultura, que da lugar a diversos estudios sobre el uso psicoactivos en sociedades tradicionales y su papel en las prácticas médicas y religiosas, principalmente en el denominado "complejo chamánico" (Eliade, 2009; Lévi-Strauss, 1997). En los años 1970s surgirán estudios etnográficos sobre el uso ritual y medicinal de "psicodélicos" en América (Dobkin de Rios, 1973; Dolmatoff, 1969; Harner, 1972), que posteriormente derivarán en una extensa literatura antropológica sobre el uso tradicional de sustancias como el peyote (Calabrese, 2014), los hongos alucinógenos (Fericgla, 1985), la ayahuasca (Apud, 2015; Labate, 2012; Luna, 1986; Taussig, 1992), o la marihuana (Carter, 1980; Rubin & Comitas, 1975).

(…) Alfred Lindesmith (1947, 1968) propondrá estudiar las adicciones desde la visión de los propios actores, basándose no en las descripciones "objetivas" de la literatura científica sino en la experiencia "subjetiva" de los consumidores de heroína. Para Lindesmith lo central en la adicción será el estilo de vida generado por una sociedad que segrega y estigmatiza las conductas "desviadas" hacia determinados espacios urbanos alienantes. Howard Becker estudia cómo los consumidores de marihuana aprenden a interpretar las experiencias como placenteras a través de su grupo de pares, proponiendo una influencia directa de la interacción social y simbólica sobre la sensación de placer (Becker, 1953). Su trabajo será también fundamental en el desarrollo de una teoría del "etiquetamiento", donde la desviación no sería un producto de características individuales psicológicas o hereditarias, sino de la propia clasificación de lo desviado por parte de la sociedad, creándose una subcultura de la desviación (Becker, 1963). En el caso particular de España, será en los años 1980s que comienzan a realizarse las primeras etnografías urbanas de las drogas, a través de estudios sobre grifotas, heroinómanos y otros grupos de consumidores (Funes & Romaní, 1985; Gamella, 1990; Romaní, 1983).

A través de estos distintos estudios, el modelo sociocultural ha cuestionado la noción clásica de "drogodependencia" en términos exclusivamente biológicos, exponiendo su relación con las formas de organización de la vida cotidiana, así como los procesos de identificación y construcción de identidad (Romaní, 2000).

(…) Por último, el modelo sociocultural también ha hecho significativas contribuciones en el área de la intervención y las políticas de drogas, permitiendo detectar emergencias y necesidades sobre el terreno, y establecer mejores estrategias de salud para las adicciones y sus problemas sanitarios asociados, tales como el VIH o la hepatitis C (Page & Singer, 2010; Romaní, 1999).

CONCLUSIONES

El problema inicial del modelo biomédico ha sido intentar encapsular el comportamiento adictivo dentro de los límites del cerebro, buscando la enfermedad en los recovecos de sus tejidos. Ésta ha sido una estrategia generalizada en el campo de la psiquiatría, bajo una noción de "enfermedad" que incluso actualmente no es aplicable en medicina general. Por ejemplo la infructuosa búsqueda de una etiología única a través de la correlación entre adicción y neurobiología, cuando actualmente enfermedades como la tuberculosis no dependen solamente de la presencia del bacilo de Koch,

sino también de factores como la hiponutrición y un medio social adverso; o bien la discontinuidad entre normalidad y anormalidad (en nuestro caso uso y dependencia), cuando en problemas como la hipertensión arterial es difícil fijar límites objetivos precisos (Moizeszowicz, 2000).

En el transcurso de su recorrido, la neurobiología de las adicciones ha tenido que abrirse cada vez más a un modelo biopsicosocial, pero siempre obstinada en no abandonar el núcleo duro de su programa de investigación, que es la idea de la adicción como una "enfermedad del cerebro". El sostener tal núcleo duro como supuesto irrefutable ha acarreado no pocas contradicciones. Para Marilyn Clark (2011) el problema de fondo es que la adicción, como cualquier comportamiento, involucra un correlato biológico, lo cual no implica que dicho correlato sea la causa del comportamiento por sí mismo. Aun existiendo un correlato preciso del comportamiento adictivo, las características del trastorno continuarán en sus encrucijadas multifactoriales. Por otro lado, y cómo vimos en el presente artículo, mientras el modelo biomédico explica la adicción en términos biológicos, la diagnostica en términos psicosociales, y mientras intenta explicar el comportamiento humano en términos clínicos objetivos, el tratamiento sigue dependiendo en gran medida de la voluntad y la motivación del paciente.

El paradigma biomédico termina siendo incapaz de completar su modelo neurobiológico de adicción, y termina apelando a la categoría de "dependencia psicológica", hipótesis ad hoc que permite agregar un "epiciclo más" al modelo, para que la enfermedad continúe girando alrededor del cerebro. Parte del problema ha sido entonces no poder cuestionar el concepto mismo de adicción, y problematizar hasta qué punto se puede hablar de la adicción como una enfermedad "biológica", y hasta qué punto se trata de un "síndrome culturalmente construido", producido dentro del contexto histórico de nuestras sociedades (Room, 1985). En este aspecto, el modelo sociocultural ha podido dar cuenta no sólo de la perspectiva del "sujeto adicto", sino también de los vaivenes históricos del propio concepto de adicción. De esta manera el concepto de adicción deja de ser una categoría exclusivamente "natural" o "biológica", y pasa también a la arena de la cultura, la política, los intereses sociales y económicos.

La inclusión en la práctica clínica de los distintos modelos descritos, supondría la posibilidad de integrar las distintas dimensiones mencionadas, abarcando todo el espectro biológico, psicológico, social y cultural. Si bien los mecanismos básicos de recompensa estudiados por el modelo biomédico juegan un papel relevante, vimos cómo éstos no pueden ser disociados de otros procesos cognitivos vinculados a la memoria, la motivación, el aprendizaje, así como los diversos reforzamientos y condicionamientos implicados. Todos estos factores "incrustan" la experiencia de la "adicción" en un contexto, imposibilitando un abordaje del problema en términos exclusivamente "intracranealistas". Como hemos señalado, la progresiva diversificación de psicoterapias ha respondido a estas inquietudes, a través de un progresivo eclecticismo en el campo de intervención clínica, donde se ha hecho un uso cada vez mayor de nuevas técnicas y métodos sensibles al contexto: estrategias psicoeducativas, de prevención de recaídas, de técnicas de relajación, role-playing, desarrollo de habilidades sociales, reestructuración ambiental, terapia familiar, terapias grupales, reforzamiento comunitario, entrenamiento en el manejo del estrés, habilidades de afrontamiento, organización de valores y metas, mindfullness, terapias motivacionales, o terapias psicodinámicas, entre otras.

Sin embargo, todas éstas alternativas todavía no han integrado –por lo menos en forma satisfactoria- un enfoque sociocultural, que incluya en la clínica problemas como los del "etiquetado social", el trabajo de las "trayectorias de adicción" en tanto narrativas, o la comprensión profunda

de las prácticas de consumo enmarcadas dentro de ciertas culturas de las drogas, entendidas muchas veces como “subculturas de la droga”. Desde el campo de la intervención clínica, queda profundizar entonces en estrategias que tomen en cuenta las relaciones entre sustancias, sujetos y contextos, situación un poco distinta en otros campos de intervención, donde los programas de reducción de daños han sido vitales para establecer mejores estrategias de sanitarias.

(…)

TEXTO N° 4 - SEDRONAR (S/F) PREVENCIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS. MÓDULO 3: LAS RESPUESTAS LEGALES Y SOCIOSANITARIAS FRENTE A LOS USOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS. MATERIAL DE ESTUDIO. BUENOS AIRES, ARGENTINA

Introducción a las respuestas sociosanitarias

Existen diferentes modelos de atención de los usuarios de drogas, lo que configura diferentes respuestas sociosanitarias frente a esta problemática que se fueron dando en el país a partir de la década del 80. Estos primeros pasos fueron lo que luego se conocieron como comunidades terapéuticas. Con el correr de los años estas comunidades han alcanzado una alta profesionalización y se han diferenciado según diferentes criterios. Así, las hay: públicas y privadas, rurales y urbanas, religiosas y no religiosas, democráticas y jerárquicas, entre otras variantes.

En términos generales, los tratamientos existentes para abandonar el consumo de drogas incluyen terapia del comportamiento, medicamentos o una combinación de ambos y varían de acuerdo a la sustancia y el paciente. Las prácticas que se utilizan son: desintoxicación, modalidad terapéutica con internación parcial (hospital de día y de noche), modalidad terapéutica ambulatoria, y comunidades terapéuticas.

La asistencia que se brinda está basada fundamentalmente en modificar pautas y actitudes perjudiciales y tiene como finalidad la resocialización del individuo. Existen diferentes dispositivos terapéuticos, como por ejemplo psicoterapias individuales, familiares, y/o grupales de distinto tipo. Los cambios en cuanto al perfil de las personas que buscan tratamiento (jóvenes, la inclusión de niños y adolescentes, las problemáticas de la marginalidad social) han generado la necesidad de desarrollar estrategias de atención diversificadas.

Dentro de esta diversidad están los grupos de autoayuda, basados en los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, liderados por ex consumidores, que son redes de apoyo integradas por personas que se encuentran en situaciones similares y se reúnen con el fin de apoyarse en el esfuerzo de mantener la abstinencia.

El modelo abstencionista

La respuesta sanitaria prevaleciente en Argentina en relación con el consumo de drogas es el modelo abstencionista, que tiene como objetivo la abstinencia total de sustancias como condición previa de un tratamiento.

Desde el punto de vista asistencial el modus operandi del modelo abstencionista es la comunidad terapéutica (CT). Las CT son ambientes residenciales libres de droga en los que en general se mantiene una férrea disciplina, apoyada en relaciones sociales jerárquicas. El modelo terapéutico comprende etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de

procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

Los beneficios que más reconocen los usuarios de drogas que siguen estos tratamientos tienen que ver con la aceptación de rutinas que los ayudan a manejarse en lo cotidiano y con haber recibido el afecto necesario para sentir que se es alguien para alguien y que se forma parte de una trama sostenedora, siendo éste el convencimiento que más los ayuda para salir de su adicción.

Por lo tanto, el factor terapéutico más importante de las comunidades es la posibilidad de desarrollar en los lugares de internación un entramado relacional diferente al vivido por los usuarios de drogas previamente en sus medios familiares y en sus grupos de amigos. No se trata sólo de la creación de nuevos vínculos, sino de que estos tienen la posibilidad de reemplazar el vínculo con el objeto droga, presente en los escenarios anteriores en los que se desarrollaban sus vidas, a partir de la aceptación de nuevos códigos de interacción social. A su vez, lo implícito es que el aprendizaje de ese nuevo modo de interacción social será incorporado y transferido a la vida fuera de la comunidad, en el momento del alta, aunque éste es un supuesto que en muchos casos no resulta fácil de cumplir.

Existe un alto porcentaje de recaídas en el consumo por parte de las personas que se someten a este tipo de tratamiento, que durante mucho tiempo constituyó la única alternativa terapéutica ofrecida. Las recaídas se explican por la alta exigencia implícita en el modelo, que pretende transformar de modo compulsivo aspectos esenciales de la existencia de los usuarios.

- **Si querés saber más sobre políticas abstencionistas y experiencias**
- https://elgatoylacaja.com/nacimiento-y-crisis-del-prohibicionismo
- Alcohólicos anónimos - https://aa.org.ar/
- Narcóticos anónimos - https://www.na.org.ar/2020/

La reducción de riesgos y daños

Como se afirma en el Informe del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje (2009), del universo de personas que consumen drogas, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Estos se producirán entre las personas que se hallan en una especial situación de vulnerabilidad bio-psico-social. A esta población se debe llegar con medidas preventivas de tipo específico e inespecífico.

La adicción a las drogas se da en personas que aumentan cuantitativa y cualitativamente el consumo hasta no tener proyectos de vida independientes del consumo. Su autonomía está seriamente comprometida. La auto-administración de las sustancias ya no les proporciona placer, aunque lo buscan infructuosamente, sino que está al servicio de evitar el displacer. Estas personas necesitan tratamiento adecuado. Las intervenciones asistenciales deben admitir alternativas múltiples, incluyendo las medidas de reducción de daños, que parten del reconocimiento de que el uso de drogas ha persistido en el mundo a pesar de los esfuerzos para evitarlo; es por esto que lo que se propone son recomendaciones para que este uso sea lo menos perjudicial posible.

Como se relató anteriormente, mientras que el paradigma prohibicionista logró su primacía durante el siglo XX dejando como saldo la demonización de las sustancias y buscando su eliminación como prioridad fundamental, el crecimiento y la complejidad de los problemas asociados al consumo de drogas comenzaron a mostrar las falencias de estas políticas. Teniendo presentes estos

antecedentes, la reducción de daños buscó centrarse en la disminución de las consecuencias negativas del uso de drogas (Touzé y Rossi, 1993). Así, un elemento nuevo en la política de reducción de daños es la atención puesta en los efectos secundarios del consumo de drogas.

Los programas de reducción de daños no buscan centrarse en el consumo como tal, sino en los daños individuales y sociales que el mismo trae aparejado. Debe aclararse que estos programas, como señalan sus representantes, no consisten solamente en programas de cambios de jeringas o programas de sustitución de opiáceos, también garantizan el acceso de todos a la información y a la prevención, facilita el contacto de los usuarios de drogas con las instituciones de salud e intenta evitar los costos sociales e individuales que acompañan a la penalización de las drogas.

En atención a ello, varios países han instrumentado acciones tendientes a reducir los impactos negativos en el área sanitaria, social y económica que el uso de la droga involucra. Son múltiples y variadas las actividades que desde 1985 se han emprendido en tal sentido: entre otras, programas de suministro de sustancias sustitutas de las drogas (los llamados programas de metadona para sustituir a la heroína), que se llevan a cabo en Estados Unidos, Holanda, Inglaterra, Francia, Canadá, España, Alemania y Suiza, entre otros países; actividades de distribución o intercambio de jeringas o agujas, de elementos de limpieza y/o material educativo, que explican el modo de utilización de dichos elementos para evitar los riesgos asociados con su uso, que promueve, además de los países ya señalados, Brasil, más precisamente el Estado de San Pablo; programas de prescripción de drogas, que vienen desarrollándose en la región de Mersey, Inglaterra, lugar en el que se prescriben estupefacientes para ser consumidos bajo la forma de cigarrillos con la idea de modificar el modo de uso (también Suiza ha adoptado este tipo de acción); programas de asistencia en las calles tendientes no solamente a contactar a los usuarios sino a brindarles atención médica y distribuir materiales (la Ciudad de Rotterdam, Holanda, mantiene un programa de asistencia con relación a prostitutas extranjeras ilegales que trabajan en el puerto, y que resulta de sumo interés por el modo de abordar este grupo vulnerable).

En la Argentina las instituciones más importantes que se ocupan del tema son organizaciones de la sociedad civil, fundamentalmente la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA), con sede en Rosario y la asociación Intercambios, con sede en la Ciudad de Buenos Aires.

Cuando las acciones promovidas por la reducción de daños se centran en el segmento poblacional que está utilizando sustancias psicoactivas como el paco, no se limitan a encarar problemas sanitarios, como la prevención de infecciones y de sobredosis, sino que encaran también la marginalización, la exclusión social, la criminalización y la estigmatización.

Objetivos de la política de reducción de riesgos y daños

a) Contactar a los servicios de salud con los usuarios con objeto de que se les brinde la ayuda que necesiten (desintoxicación, tratamiento, etc.), como así también distribuir jeringas, materiales desinfectantes, condones, etc. y servirles como puentes con otros servicios;

b) limitar la transmisión por vía intravenosa del virus VIH y de otras enfermedades como la hepatitis B;

c) reducir el consumo de drogas;

d) evitar que el “drogadicto” consuma estupefacientes que sean rebajados con sustancias espurias que son mucho más peligrosas que la propia droga;

e) buscar mejorar la situación familiar, laboral y social del usuario;

f) disminuir las conductas asociales motivadas por la adicción y que son impulsadas por la criminalización del consumo.

Las medidas enumeradas pueden instrumentarse aun dentro de los sistemas que prohíben la tenencia de estupefacientes para uso personal, pues son lícitas. En efecto, el hecho de desarrollarse programas de las características ya señaladas no implica en modo alguno un elogio público de las virtudes y mérito de los estupefacientes, ni tampoco que se aliente a alguien a consumir drogas, dado que quienes son sus destinatarios resultan ser personas que ya son usuarias de drogas.

Por último, cabe mencionar que la gran mayoría de las legislaciones autorizan la prescripción médica de estupefacientes por razones terapéuticas; ejemplos cercanos, fuera de las prácticas en Inglaterra, resultan ser las legalizaciones llevadas a cabo en los Estados de Arizona y California (Estados Unidos) respecto de la prescripción médica de marihuana para enfermos terminales

Los programas de reducción de riesgos y daños en Argentina

En Argentina las medidas y programas de reducción de daños comienzan a implementarse a partir de 1996. Lo interesante de estos nuevos programas es que lograron acceder a una población consumidora de drogas que nunca antes había realizado tratamiento para drogas, a la vez que nunca se había conectado con el sistema de salud.

A diferencia de lo que ocurrió en España y en otros países de Europa, en nuestro país no se necesitó implementar tratamientos de sustitución con metadona, en tanto éstos sólo se utilizan con consumidores de heroína, sustancia que no es consumida en Argentina de un modo significativo. Los programas de intercambios de jeringas para usuarios de drogas inyectables se pusieron en marcha en un primer momento con dificultades legales, zanjadas posteriormente. De todos modos, estos programas no tuvieron, como en España, una cobertura extendida en el país, sólo lograron implementarse en Buenos Aires (en lugares puntuales) y en Rosario, provincia de Santa Fe.

Un hecho interesante a tener en cuenta es que al analizar las vías de transmisión del VIH en el acumulado de los casos, desde el comienzo de la epidemia de sida, se observa que la principal vía de transmisión hasta 1996 es el uso compartido de equipos de inyección durante el consumo de drogas, luego las relaciones sexuales sin protección entre hombres y en tercer lugar aparecen las personas que tienen como única vía de transmisión la heterosexual.

Varios factores incidieron para que las principales vías de transmisión del virus se modificaran en cuanto a sus porcentajes, de modo tal que en la actualidad el consumo de drogas aparece como la vía de transmisión menos importante estadísticamente. Entre esos factores la implementación de los programas de reducción de daños, con su énfasis en la necesidad de no compartir jeringas y en su desinfección, ha tenido importancia.

En el 2000 comenzó una fuerte campaña por parte de la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA, con sede en Rosario), que tuvo como objetivos lograr la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal, detener los arrestos por consumo de marihuana y defender la investigación científica sobre los usos terapéuticos de esta sustancia.

A fines del 2000 el programa LUSIDA, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, promovió múltiples y diversas intervenciones en materia de reducción de daños en Buenos Aires y Rosario.

Participaron del proyecto la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA), la Fundación Red y el Centro de Estudios Avanzados en Drogodependencias y Sida (CEADS) de la Universidad Nacional de Rosario.

Otro importante apoyo a este tipo de intervenciones provino del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el Sida, que subvencionó una serie de proyectos desde 2002 a 2008, tendientes a fortalecer las instituciones que trabajaban en el país con el paradigma de reducción de daños.

Situación actual y propuestas

Una primera mirada nos permite vislumbrar que pese a la profundización de las políticas represivas y la criminalización, el comercio ilegal de drogas, su uso, tráfico y producción aumentaron en forma alarmante en el siglo pasado y en lo que va del actual.

En este sentido, las cifras difundidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) indican que el consumo de distintas drogas ilícitas creció mientras que el precio al por mayor disminuyó. El Informe Mundial sobre Drogas, presentado en enero de 2001 en Viena por la oficina de la ONU para el Control de Estupefacientes y la Prevención del Crimen (UNDCP), planteó que aproximadamente 180 millones de personas (el 4,2 % de la población mundial de más de 15 años) consume drogas ilegales y que ellas hacen uso de más de una sustancia. En el mismo informe se especificó que el decomiso afecta sólo al 8 % de la producción y el tráfico. Este informe realizado en 2010 arroja un total de más de 300 millones de personas que consumen alguna droga ilegal.

De acuerdo a la experiencia recogida, es necesario sacar a los usuarios de drogas de la órbita del derecho penal y colocarlos, en caso de ser necesario, en un sistema de salud que reduzca los daños que les genera el consumo de drogas y les otorgue la posibilidad de un tratamiento que respete su singularidad y que no tienda a homogeneizar un problema cuyo origen no se encuentra en la sustancia sino en quién la consume y en su contexto social.

Existen actualmente en la Cámara de Diputados de la Nación varios proyectos de ley que apuntan a modificar la ley 23.737. El Documento Oficial del Comité Científico Asesor mencionado finaliza con las siguientes conclusiones:

1. Despenalizar la tenencia de escasa cantidad de estupefacientes para el consumo personal no supone ningún reconocimiento de la legitimidad de su uso, sino por el contrario, parificarla con el consumo de otras sustancias no incriminadas penalmente para posibilitar abordajes preventivos y asistenciales, no interferidos por el sistema penal.

2. En los casos en que el consumo problemático de sustancias legales e ilegales requiera necesariamente de un tratamiento con o sin internación, éste siempre le será brindado teniendo en cuenta su condición de sujeto de derecho acreedor al más alto nivel posible de salud, mediante prácticas reconocidas y supervisadas por la autoridad sanitaria.

3. El consumo de estupefacientes no puede ser considerado como delito. Se trata de una problemática de naturaleza socio-sanitaria que exige políticas públicas enmarcadas en este contexto, que incluyan según los casos estrategias de reducción de riesgos y daños.

4. La principal dificultad para incriminar al consumidor de sustancias es el hecho comprobado de que un número grande de personas, teniendo una amplia cantidad de sustancias legales a su

disposición, utilizan aquellas prohibidas penalmente justamente porque están prohibidas y porque el sistema penal los confirma en el rol trasgresor que buscan.

5. Por todo ello resulta imprescindible centrar las políticas públicas en las personas y sus necesidades y dejar de lado toda utopía de solucionar el problema sacando a las drogas de circulación. Es claro que su presencia en la sociedad está satisfaciendo necesidades reales o imaginarias de la gente y que éstas no desaparecerán sólo mediante la implementación del modelo jurídico.

Entonces, podemos sintetizar la información en el siguiente cuadro:

Modelo abstencionista	Modelo de reducción de riesgos y daños
✓ *Postula la abstención total de sustancias* ✓ *Trabaja con la situación de adicción para su desintoxicación (predominancia del saber médico en ese momento)* ✓ *Se centra en el consumo* ✓ *Se concretará como paradigma por medio de instituciones ej. Algunas Comunidades Terapéuticas* ✓ *Miradas extremas: demonización de la sustancia*	✓ Parte de que no todo consumo es problemático ✓ Trabaja con usuarios de drogas (foco no en el consumo sino en los riesgos y daños secundarios del mismo) ✓ No apología del consumo de drogas SI disminuir la vulnerabilidad que la situación ya conlleva ✓ Objetivo: disminuir las consecuencias negativas del uso de drogas ✓ Evita costos sociales e individuales que acompañan la penalización de drogas Ej. Programas de cambio de jeringas, sustitución de opiáceos

- **Si querés saber más sobre experiencias vinculadas a la reducción de riesgos y daños…**

- Barreto Fernandes de Almedia, R., Teodósio, N., Santos, V., De Brito, A. M. y otros (2020). El uso de “virado” como estrategia de reducción de daños entre los usuarios de crack del estado de Pernambuco, Brasil. *Salud Colectiva, 16, 1-11.*
  Disponible en: http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2528/1594
- Intercambios Sociedad Civil - https://www.intercambios.org.ar/
- ARDA- Asociación de reducción de daños de Argentina - https://arda.org.ar/
- RESET - https://www.instagram.com/resetdrogas/?hl=es

TEXTO N° 5 – GALANTE, A., ROSSI, D., PAWLOWICZ, M. P. Y RALÓN, G. (JULIO, 2013). DEL ADICTO RECUPERADO AL OPERADOR SOCIOTERAPÉUTICO: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN ESTATAL EN LOS PROCESOS DE PROFESIONALIZACIÓN. *X JORNADAS DE SOCIOLOGÍA*. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES UBA (FRAGMENTO)

Artículo completo disponible en: https://www.aacademica.org/gonzalo.ralon/4.pdf

INTRODUCCIÓN

En Argentina pueden encontrarse una gran diversidad de propuestas asistenciales dirigidas a los usuarios de drogas. En la década del ´70, las comunidades de vida, conformadas por personas que se proponían dejar las drogas gracias a una profunda experiencia espiritual vivida en comunidad, representaron una alternativa residencial a la atención en los hospitales psiquiátricos, ya que se basaba en la potencialidad del grupo de pares para transformar la vida de cada uno de los residentes.

En la década siguiente, muchos de los referentes de las comunidades de vida comenzaron a tomar contacto con experiencias internacionales de comunidades terapéuticas (CT) destinadas a la atención por uso de drogas e incorporaron algunos de sus elementos en el desarrollo de sus propuestas terapéuticas. Estas experiencias fueron, fundamentalmente, Daytop Village, de Estados Unidos y el Proggetto Uomo, desarrollado por el Centro Italiano de la Solidaridad (CeIS)- de Roma (Carrizo, 2010).

La intervención estatal fue decisiva en la capacitación de los residentes de las comunidades de vida y de otros especialistas en el Proggetto Uomo. Con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, se desarrolló el Proyecto AD/ARG/87/525 que capacitó, entre 1988 y 1990 a 27 operadores socioterapéutico (OST) en el Proggetto Uomo de Italia y a 189 OST en Argentina. La mitad de ellos no tenía formación académica y mayoritariamente eran referentes de las comunidades de vida. Con el tiempo, los OST fundaron nuevas CTs, constituyendo una importante oferta asistencial para los usuarios de drogas en el ámbito de la sociedad civil. En los ´90 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SE.DRO.NAR.) incorporó a las CTs como prestadoras de un programa de becas de internación para usuarios de drogas de escasos recursos económicos, facilitando la expansión del modelo (Touzé, 2006).

La inclusión de las CT en los programas gubernamentales fue criticada desde las disciplinas con formación académica, que pusieron en cuestión la idoneidad de los OST, para intervenir en la atención de los usuarios de drogas, debido al predominio de la experiencia en su formación profesional.

En 1997, la SE.DRO.NAR. y el Ministerio de Salud y Acción Social (M.S.A.S.) regularon la atención por uso de drogas, categorizando a las CTs como “centros preventivo asistenciales de la drogodependencia” (Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S.-SE.DRO.NAR.). Para las CTs, la inclusión en el sistema de salud significó una oportunidad para consolidarse en el campo de la atención por uso de drogas, ya que podían constituirse en prestadoras de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga. Pero también implicó la obligatoriedad de aceptar a médicos y psicólogos en la dirección de sus programas asistenciales e incorporarlos en sus equipos de atención.

Considerando que la intervención estatal ha sido clave en el proceso de profesionalización de los OST, en este trabajo analizaremos el rol de las políticas públicas en su formación y en la delimitación de su incumbencia profesional.

METODOLOGÍA

El trabajo se enmarca en un estudio cualitativo que buscó describir las características de los dispositivos destinados a la atención de los usuarios de drogas de Buenos Aires, realizado en distintas fases entre 2005 y 2007. El estudio involucró a 50 especialistas con y sin formación académica que se desempeñaban en distintas instituciones de atención sanitaria para usuarios de drogas. Se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad de la información que brindaron.

La muestra fue no probabilística e intencional. Para este trabajo, se seleccionaron 14 entrevistas semi-estructuradas y 2 grupos de discusión, en los que participaron 24 especialistas en la atención por uso de drogas:

- 3 psicólogos y una psiquiatra que se desempeñaban como auditores de las CT que eran prestadoras de servicios de organismos gubernamentales y de obras sociales;
- 5 psicólogos que trabajaban en la admisión de este tipo de organismos;
- 11 OST que trabajaban en CTs que reconocían haber basado su modelo de atención en el Proggetto Uomo (7 de ellos eran fundadores y directores de CTs)
- En los grupos de discusión también participaron una psiquiatra que trabajaba en un hospital psiquiátrico y tres especialistas con formación religiosa que trabajaban en programas preventivos y de reducción de daños.

De los 24 especialistas, 15 eran varones y 9 eran mujeres (2 de ellas eran OST). El promedio de edad fue de 44 años y la antigüedad en el cargo varió entre 5 y 20 años. Para el análisis de los datos, se complementó la información proporcionada por las entrevistas y grupos de discusión con fuentes secundarias: normas relativas a la regulación de las comunidades terapéuticas en el período 1990-1999; conferencias de los funcionarios que participaron en la formulación e implementación de las políticas estatales de control de la demanda de drogas en el marco de las Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas organizadas por la Asociación Civil Intercambios en la Cámara de Diputados de la Nación entre los años 2005 a 2010 y producciones escritas (artículos, libros y revistas científicas, folletos, páginas web, presentaciones en jornadas y conferencias) efectuadas por las comunidades terapéuticas.

A partir de la identificación de códigos, se diferenciaron ejes de análisis y se trabajó utilizando un software para el análisis cualitativo de los datos, con la modalidad de análisis del discurso distinguiendo regularidades y clasificaciones en los materiales empíricos.

- **El valor de la experiencia en la formación de los operadores terapéuticos**

En un comienzo, las comunidades de vida, el consumo de drogas se inscribía en un proceso de búsqueda personal de felicidad basada en *valores invertidos*, que priorizaba lo material por sobre lo espiritual, en el que el sujeto terminaba desesperado y solo, alejado de Dios. *Dejar las drogas* era consecuencia de una experiencia de desesperación en la que se clamaba por la ayuda divina. Era Dios, quien provocaba la transformación personal y el cambio de vida, que no se restringía al logro de la abstinencia, sino que involucraba la totalidad de la existencia. Los especialistas, en las

comunidades de vida eran personas que habían dejado las drogas gracias a una profunda experiencia espiritual vivida en comunidad.

Daban su testimonio para que otros se recuperaran, como una forma de restitución por el bien recibido (Novellí, s/año). La capacitación de los referentes de las comunidades de vida en el CeIS, mediante el Proyecto AD/ARG/87/525 consistió en vivir la experiencia de la CT, incorporando los elementos técnicos, científicos y espirituales en los que se basaba el Proggetto Uomo. El Proggetto Uomo se caracterizó por su concepción del ser humano como biopsico-espiritual y por intentar la integración de distintas teorías y prácticas terapéuticas acerca del problema de las drogas (De Dominicis, 1997).

La dimensión espiritual se asociaba al ejercicio de la libertad, definida como la capacidad humana de orientar el comportamiento en base a valores (como la honestidad, la solidaridad, la generosidad, el amor responsable). La toxicodependencia representaba, al mismo tiempo, un emergente de la crisis de valores de la sociedad contemporánea, de las dificultades de las familias para orientarse por ellos, y de la adhesión personal a valores negativos. El CeIS consideraba que los toxicómanos tenían una personalidad caracterizada por la baja autoestima y la desconfianza, el desafío a las figuras de autoridad, la culpabilización al entorno por sus problemas y por tener una imagen distorsionada de sí mismo, sentimientos agresivos e inestabilidad (Bessone, Cimino, De Vega y Palladino, 1990).

El proceso terapéutico, representaba entonces un cambio de vida que llevaría a la transformación del usuario de drogas en un Hombre Nuevo, libre para la solidaridad y el amor**. Esta concepción señalaba una ruptura con la idea de la adicción como enfermedad incurable**, propia de los Programas de Doce Pasos y cuestionaba el énfasis en los aspectos biomédicos del problema de la atención Psiquiátrica Tradicional (De Dominicis, 1997).

La atención puesta en los aspectos afectivos y espirituales del problema de las drogas y por consiguiente, en el proceso de atención, llevaban a que la formación de los OST se efectuara de un modo vivencial y que se buscara desarrollar en ellos valores como la solidaridad, el compromiso y la honestidad. **Pero la capacitación en el Proggetto Uomo modificó el perfil de quienes participaron: los operadores terapéuticos debían conjugar su espiritualidad y sus valores morales con el conocimiento científico del problema de las drogas y el ejercicio de una práctica terapéutica específica (De Dominicis y Touzé, 1990).**

- **La importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización de los operadores terapéuticos**

Aunque es difícil distinguir con precisión entre los conceptos de *profesión* y de *ocupación* hay acuerdo en que el primer término remite a la adquisición de un saber especializado que otorga cierto nivel de status. La asociación entre profesión y probidad moral, conocimiento y experiencia especial se remonta al medioevo, cuando la Medicina, el Sacerdocio y el Derecho eran las únicas profesiones educadas, accesibles sólo a las clases altas. Pero en el siglo XIX otros grupos ocupacionales en Inglaterra y Estados Unidos lograron ser considerados como profesionales, es decir, que la sociedad, y fundamentalmente el Estado, reconocieron la validez de sus conocimientos

y de sus prácticas, descalificando el saber de otros grupos. Para lograr ese reconocimiento, los grupos ocupacionales debieron desarrollar instituciones de capacitación y de acreditación y movilizar recursos para influir en el Estado y en la sociedad civil (Foucault, 1963; Menéndez, 1990; Friedson, 2001).

El Proyecto AD/ARG/87/525 impulsó la profesionalización de los OST, que, hasta ese momento, aprendían su oficio sólo a partir de su experiencia en las comunidades de vida. El Proyecto significó una ruptura con esta forma de transmisión del conocimiento, ya que se incorporó en su formación la adquisición de conocimientos teóricos sistematizados en un plan de estudios.

Pero a diferencia de otras profesiones, la creación de instituciones de capacitación no era el resultado de la organización de los OST, sino de la intervención gubernamental. Con el cambio de gobierno, en 1989, y la conclusión del Proyecto AD/ARG/87/525, la formación de los OST entró en un período crítico: la Escuela de San Miguel, creada a instancias del Proyecto, se cerró. Los OSTs, cuyo título no había sido expedido por una universidad, tenían pocas posibilidades de continuar su capacitación en forma gratuita:

> *De alguna manera, las personas que se dedicaron a trabajar en la problemática de las adicciones, después de haber realizado un tratamiento, tuvimos que acceder a formaciones privadas porque desde los organismos del Estado no había. Yo tuve mucha suerte en su momento, después de la capacitación en el Proyecto Uomo pasaron muchos años en Argentina para que vuelva a haber una formación de operadores. Por ejemplo, yo, después derivé para el Psicodrama, para...el Psicoanálisis... Yo tuve otros espacios de formación en forma privada (…) Y la gente de Buenos Aires tuvo más acceso… la gente del interior prácticamente no tiene... Es difícil, la formación en esta patología es difícil* (operador socioterapéutico, 64 años).

Según el relato de los entrevistados, en los ´90, la formación de los OST se basó sustancialmente en los cursos ofrecidos por la SE.DRO.NAR. y la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina (FONGA). La formación de los nuevos operadores se tornó asistemática y sujeta al interés (y la capacidad de pago) de cada uno de ellos. La transmisión del oficio se centró en la experiencia de trabajo en las CT. Al respecto, casi todos los OST entrevistados relataron que comenzaron a trabajar como operadores cuando se lo propuso el director de la CT en la que habían efectuado un tratamiento por uso de drogas. Aunque esta práctica era congruente con el modelo del Proggetto Uomo (en el que cada residente adquiría responsabilidades crecientes en la comunidad), cabe preguntarse sobre el papel que tenía la discontinuidad en las políticas públicas de capacitación dirigidas hacia los OST en el tipo de formación que recibían.

En 1998 la SE.DRO.NAR. firmó un convenio con la Universidad de Quilmes para la capacitación de los OST, que se extendió hasta el 2005. Varios entrevistados coincidieron en señalar la importancia de este curso gratuito, de dos años, que otorgaba un título universitario en la especialidad:

> *A mí me parece que la idea de que para ser OST hay que haber sido un adicto recuperado nos llevó a muchas trampas. Por ahí muchos de nosotros no caímos en ellas porque tuvimos la suerte y la posibilidad de desarrollarnos formándonos en este campo. Pero también pasa*

que el ex adicto es la mano de obra barata, porque supuestamente conoce lo que vivió estando internado (…) Me parece que las experiencias en sí solas no dicen nada. Hay que, aparte, rellenarlas de contenidos teóricos: no cualquiera es un operador (operador socioterapéutico, 50 años).

Los OST consideraban que ser un ex adicto no bastaba para habilitar a un operador como tal y algunos hasta consideraron que no era necesario haber consumido drogas para ser un buen operador. Para ellos, lo esencial del perfil profesional consistía en la formación académica y en una actitud de compromiso y de cercanía con los residentes que los llevaba a poner el cuerpo en un trabajo sin horarios (Pawlowicz, Touzé, Rossi, Galante, Goltzman, Recchi y Cymerman, 2007).

- **Disputas en torno al reconocimiento oficial de los OST como profesionales**

El reconocimiento oficial de la validez de los títulos otorgados por las instituciones de formación de una disciplina es un aspecto clave del proceso de profesionalización. Para el Estado, otorgarla significa delimitar el área de incumbencia de una profesión, legitimando la validez de sus conocimientos y sus prácticas (Galende, 1990; Braunstein, 1980; Friedson, 2001).

En general, la matriculación resulta el final de un largo proceso de valorización del título a nivel institucional (Foucault, 1966, Menéndez, 1990). Pero este proceso era incipiente en las CTs:

La mayoría de los operadores son ex-adictos rehabilitados que empiezan a hacer un curso y les dan un certificado, no tienen matrícula. Pero ahora la mayoría de las comunidades ya están pidiendo el certificado. "De dónde venís, dónde te capacitaste, cuánto tiempo tenés de...abstinencia?" Esas son las preguntas más comunes; pero, ¿qué quiero decir con esto? Que hay un montón de personas capacitadas y que muchas veces en el campo de la salud, llámese el Ministerio de Salud de la Nación no se lo reconoce (psicólogo, auditor en organismo gubernamental y miembro de un equipo en CT, 50 años, en Grupo de discusión 1).

La creciente exigencia en las CTs de que los OST contaran con una certificación académica era una medida que tendía a profesionalizar la especialidad. Pero obtener la matriculación requería movilizar recursos para influir en las instituciones estatales, y de acuerdo al relato de los entrevistados, los OST estaban poco organizados colectivamente como para poder lograrlo. Para algunos entrevistados, la falta de matrícula justificaba la posición de subalternidad de muchos operadores en las CT:

Lo de la matrícula se planteó en el Ministerio de Salud y se quedó en stand by y sigue en stand by, y esta población sigue trabajando. Por supuesto que muchos trabajan en negro...Hay un montón de cosas que no tienen un reconocimiento. Pero fundamentalmente es que deberían encuadrar normativa y legalmente el trabajo de esa persona. [...] Pero generalmente están en un 3er o 4to escalón con [una] supervisión y una reunión de equipo por semana (psicólogo, auditor en SE.DRO.NAR., 50 años).

Para algunos entrevistados, esta situación no sólo favorecía que las condiciones de trabajo de los OST fueran más precarias, sino que también generaba desconfianza sobre su capacidad para intervenir en la atención por uso de drogas:

> *Esta es una pelea que tengo con SE.DRO.NAR.: dicen que en los grupos tiene que haber un psicólogo, porque si no, no es un grupo terapéutico. (Entrevistadora:- ¿Cómo lo llaman, entonces?)- Sería…un grupo de oración (sonríe). No sé cómo lo llaman ellos. Pero bueno, son cosas absurdas pero es así. El día que haya una legislación o una carrera o que el operador tenga una matrícula, por ahí algún día llega eso y ese día se verá. Por ahora, en todo caso, el tipo del Estado me puede decir: Y yo qué sé quién está ahí hablando si no tiene matrícula, capaz que es un demente que está diciendo cualquier cosa (operador socioterapéutico, 47 años).*

Los títulos fijan jerarquías y sancionan un tipo de relación de fuerzas entre los agentes de un campo social (Friedson, 2001; Bourdieu y Wacquant, 2008). El título reconocido oficialmente otorga prerrogativas y privilegios que influyen en la posición de quienes lo detentan en el mercado laboral y en las instituciones en las que trabajan. En este sentido, las dificultades de los OSTs en la obtención de la matrícula son expresión de las relaciones de poder entre disciplinas y remiten tanto a la debilidad de los OST para organizarse como actor colectivo como a la hegemonía de la Medicina y de la Psicología en el campo de la atención por uso de drogas.

- **La regulación de la atención por uso de drogas: tensiones entre especialistas tradicionales y OST**

En 1997, las normas de calidad del Ministerio de Salud y Acción Social y de la SEDRONAR categorizaron a las CT como “centros preventivos asistenciales de atención de la drogodependencia”. La Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S. y SE.DRO.NAR: “Normas de Categorización de los establecimientos asistenciales” mencionó que era necesario contemplar “la existencia de las Comunidades Terapéuticas, las cuales cubren un importante vacío en la atención de los pacientes adictos, implementando un sistema diferente a las prácticas psiquiátricas tradicionales, con una valoración integral y humana en la problemática”. Este reconocimiento incluía una crítica a las prácticas psiquiátricas tradicionales, al mismo tiempo que situaba a las CT como una modalidad alternativa de tratamiento por uso problemático de drogas. La inclusión de las CT entre los programas residenciales permitía jerarquizar las políticas de asistencia de la SE.DRO.NAR., cuyo Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales había incluido a comunidades terapéuticas gestionadas por OST como prestadoras.

La definición de las CT en las normas de categorización resaltó la integralidad del tratamiento, la atención grupal y la adquisición de valores como el compromiso y la responsabilidad:

> “Comunidad Terapéutica: Es toda aquella modalidad de tratamiento habilitatorio, que prioriza la recuperación comunitaria e incluye la recuperación personal en los aspectos biológico, psicológico y social, con programas destinados a la atención de la salud, educación básica, desarrollo valorativo y desarrollo de habilidades sociales y laborales. La C.T. (Comunidad Terapéutica) para patologías adictivas es aquella que brinda un tratamiento con diferentes

fases, en las cuales, los residentes deben transitar un proceso que procure el crecimiento en responsabilidad y compromiso: priorizándose el trabajo grupal por sobre el abordaje individual, sin renuncia de un programa personalizado. Esta modalidad comprende a los supuestos de comorbilidad psico-social (O.M.S, Documento WHO/PSA/93.5)"

La incorporación de las CT dirigidas por especialistas sin formación académica en los programas de asistencia llevó a que las resoluciones de la SE.DRO.NAR. y del Ministerio de Salud y Acción Social establecieran el tipo de especialistas que conformar los equipos de atención de las CT:

- un médico que acreditara experiencia en el tratamiento por uso de drogas, en carácter de director técnico, quien debía definir la "estrategia asistencial",
- un médico o psicólogo como director del Programa Psicológico asistencial, a cargo de la organización, planeamiento, estrategias, planificación y supervisión del programa psicológico-asistencial
- los operadores socioterapéuticos fueron incluidos entre los técnicos que podían formar parte de los programas residenciales. Según la Resolución Conjunta 362/154 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR. al menos el 50% del equipo debía estar integrado por profesionales universitarios.

Aunque las resoluciones valorizaron los tratamientos grupales y los programas destinados a la reinserción social de los residentes, que eran prácticas propias de las CT, reforzaron la posición de los profesionales tradicionales en ellas. Teniendo en cuenta que el tipo de especialista considerado adecuado para dar respuesta a un determinado problema de salud es un elemento central de los modelos de atención (Galende, 1990; Menéndez, 1990), puede comprenderse entonces, que la obligatoriedad de contar con especialistas tradicionales haya sido vivida por los OST como un momento de incertidumbre:

> *En el esfuerzo por ingresar al sistema de salud, nosotros fuimos perdiendo algunas partes y fuimos ganando otras…Yo tuve mucho miedo, en ese momento, les confieso que apareció esto, dije: Chau! Fuimos! Nuestro movimiento se terminó acá! Y peleamos algunas cosas, discutimos. Hoy, digo que todo eso nos enriqueció muchísimo* (González, R., Clase Curso Aciar - El Reparo, 6/08/2008).

> *Nosotros cuando empezamos, nos hablaban de un psicólogo y lo queríamos sacar a patadas… Después vino la farmacología…Yo creo que la realidad en el mundo de las drogas es que está todo por aprenderse, ¿no? Hemos hecho, hemos caminado, hemos dado vuelta, que sé yo…la situación sigue siendo tan compleja como antes* (operador socioterapéutico, en Grupo de discusión 2).

En el discurso de los entrevistados, las tensiones entre especialistas en las CT se relacionaron con el modo de comprender el problema de las drogas y con las prácticas que se consideradas adecuadas para atender a los usuarios.

- **Tensiones en la definición del problema de las drogas**

Para algunos operadores, definir el problema de las drogas como enfermedad significaba subsumirlo a su dimensión biológica. En algunos casos, los OST advertían que la medicalización del problema no sólo era una cuestión terapéutica, sino también económica y de legitimación del poder de las corporaciones médicas y farmacéuticas.

> *- ¿Quién decide que la drogadicción es una enfermedad? La Organización Mundial de la Salud. ¿Quién maneja la Organización Mundial de la Salud? Los médicos. Entonces, si yo como médico no reconozco la adicción como una enfermedad, me estoy quedando fuera del negocio más grande que existe, que es la adicción. Porque la adicción, empieza a acarrear todo lo que tenga que ver con… psicofármacos. Que los psiquiatras se dieron cuenta después que Menem puso la ley, que obligó a todas las obras sociales y las prepagas a cubrir drogadicción y HIV que pueden curar la adicción a las drogas (…) Si digo: no es una enfermedad, ¿qué es? Es la consecuencia de la problemática de una persona. Esa persona que tiene un problema, y que busca en la droga el refugio. Entonces, la realidad, es una problemática del ser humano (…) La drogadicción no es la enfermedad. La enfermedad, o sea, no está. Lo que está es una problemática. Que la persona puede cambiar y puede fortalecerse. Puede enfrentar esta problemática. Hay que enseñarle, hay que mostrarle que se puede (operador socioterapéutico, 47 años).*

El énfasis de algunos OST en nominar a la *adicción* como problema individual y social los situaban en una posición alternativa al modelo biomédico. En este sentido, las disputas en torno a la definición del problema representaban un aspecto de la lucha simbólica entre OST y especialistas tradicionales por lograr la hegemonía en el campo de la atención por uso de drogas (Bourdieu y Wacquant, 2008). Esta posición de alteridad, en el Proggeto Uomo, se plasmaba en otros ejes que orientaban las intervenciones, como la centralidad del protagonismo del sujeto en el proceso de tratamiento, la identificación entre especialistas y los usuarios y la atención de la dimensión espiritual del problema. Estos elementos intervenían en la formación de los OST definiendo su perfil no sólo como especialistas capaces de intervenir en el problema de las drogas, sino como personas que transmitían con su ejemplo valores como la honestidad, el compromiso, el amor (De Dominicis, 1997; De Dominicis y Touzé, 1990).

El compromiso subjetivo de los OST contrastaba con la pretensión de objetividad del modelo biomédico, entendida como la construcción de una verdad sobre el objeto de estudio no influenciada por la subjetividad (Menéndez, 1990). La contradicción entre ambos modelos podía explicar, entonces, las críticas de los especialistas con formación académica hacia el tipo de relación que se establecía entre usuarios y OST, así como las referencias, entre los OST, de la afectividad y de la espiritualidad como elementos específicos de su especialidad (Pawlowicz y otros, 2007), aunque cabe señalar que la concepción integral del problema era sostenida por varios especialistas tradicionales, dando cuenta de la crisis del modelo biomédico y del surgimiento de un enfoque integral sobre el problema de las drogas.

- **Tensiones en las prácticas destinadas a la atención por uso de drogas**

La incorporación de médicos, psiquiatras y psicólogos en las CT fue un proceso difícil. Uno de los problemas consistía en la escasa formación de los profesionales tradicionales en la atención por uso de drogas y en los tratamientos grupales:

Durante la carrera de Medicina uno cursa una materia que es Toxicología que ni siquiera es "Adicciones" es "Toxicología" que tiene otro...tiene otra ideología, por así decirlo (…) No hay un abordaje que tenga que ver con los aspectos psicológicos, sociales, familiares, nada de eso que tiene que ver con la adicción. Después en la formación de Psiquiatría, tampoco hay mucho...con lo cual los médicos que terminan su formación psiquiátrica, tienen realmente, muy poca experiencia con el tema de las adicciones (psiquiatra, auditoría de instituciones especializadas, 44 años).

En los grupos terapéuticos por ejemplo, muchas veces la lectura que hace de la situación grupal el operador es más valiosa que la que puede hacer el psicólogo, porque yo sé que los psicólogos cuanto mucho tienen 10 horas dentro del grupo terapéutico y nosotros tenemos una vida dentro de un grupo (risas). Entonces no se puede pretender que el psicólogo que tuvo una materia así a la pasadita pueda tener más conocimiento que nosotros (operador socioterapéutico, 47 años).

La experiencia en el modelo de CT era un elemento que afirmaba la identidad profesional de los OST, frente a los especialistas tradicionales (Pawlowicz y otros, 2007). Las diferencias en la formación de los especialistas parecían traducirse en una actitud de mutua desconfianza acerca de la capacidad para atender a los usuarios de drogas, que parecía guardar relación con la tendencia, propia del campo de la salud mental, a pensar cada dispositivo como si fuera el único posible y a cuestionar, sin una fundamentación adecuada, la eficacia de otras modalidades de atención (Galende, 1990).

Al interior de las CT, cada especialista debía resolver la tensión entre reconocer sus propias limitaciones y valorar la competencia de los otros para abordar la complejidad del problema de las drogas o bien afirmarse en su propia especialidad, descalificando los saberes y prácticas de otras disciplinas:

Los profesionales tendrían que tomar conciencia de que esto no es una cuestión de libro nada más. Si fuera así, todo sería muy fácil. Te doy el libro, te digo: Tomá, leé este libro y andá a atender a un adicto. O sea. Creo que hay que bajarse de...un poco de la omnipotencia que muchas veces presentan los profesionales, cuando se enfrentan a un...operador socio terapéutico. Y el operador socioterapéutico también correrse de esa soberbia de creer que todo lo puede porque consumió drogas, y dejar de pensar que sabe más que aquel que no consumió. Y poder...agarrar los libros. O sea. Es la conjunción la que siempre te va a llevar a tener el buen resultado. Obviamente, y esto está claro, teniendo en cuenta también la capacidad, que cada uno tenga para esto. Podés leer muchos libros, podés, este, haberte drogado 40 años y nada de esto te certifica para que puedas trabajar de esto (operador socioterapéutico, 47 años).

Yo lo veo desde lo que es el ámbito "psi"... No, no sé qué palabra darle pero me parece como una cosa de mucha hegemonía y de descalificar cualquier otro tipo de dispositivo. Y también me parece que hay mucha resistencia desde, digamos la comunidad terapéutica, desde los operadores, en los enfoques más normativos, más conductistas, de que haya una cuestión

un poco más "psi" dentro de los tratamientos de las adicciones (psicólogo, 35 años, admisor en SE.DRO.NAR., en grupo de discusión 1).

En la disputa entre disciplinas por nominar el problema de las drogas y definir las estrategias más adecuadas para tratarlos, las normas de calidad de la M.S.A.S. y de la SE.DRO.NAR. posicionaron a los profesionales tradicionales como directores y a los OST como técnicos.

Como directores de la institución, los OST intentaron disminuir el impacto de la incorporación de especialistas tradicionales eligiendo a quienes pudieran adaptarse al modelo de la CT o que no intentaran efectuar cambios significativos:

Yo siempre fui el director de mi centro, pero en un momento el Ministerio de Salud me dijo: "tiene que poner un médico". La verdad es que tenemos un director médico, pero digamos quienes hemos llevado…nos hemos hecho cargo, no digo todo…pero en muchas instituciones los que llevan las estrategias desde el punto de vista terapéutico, desde el punto de vista de la intervención en sí, en muchos casos son operadores que no tienen títulos universitarios. De ahí es donde se generó siempre…o por lo menos yo siempre viví esa situación como un poco conflictiva. El mundo de la gente de una formación específica de salud mental nunca terminó de ver con muy buenos ojos este tipo de situaciones (operador socioterapéutico, 50 años, en grupo de discusión 2).

(…)
Algunos de los OST reconocían que la atención farmacológica era necesaria en la desintoxicación, al inicio del tratamiento. Pero como no aceptaban su uso prolongado, la inserción de los psiquiatras permitía diagnosticar a los *pacientes duales* y derivarlos a otros dispositivos y atención.

La posición de los OST en las CT parece haberles permitido direccionar las prácticas de los equipos de atención, y mostrar que tenían un conocimiento específico, que si bien no estaba reconocido oficialmente, tenía el valor de basarse en la experiencia y en la formación en un modelo que consideraban efectivo. Al respecto, González (2010) relató que incluir a los profesionales tradicionales implicó adaptar el Proggetto Uomo a la "idiosincrasia" del país, donde no se podía pensar que un profesional con formación académica efectuara los mismos tipos de tareas que los operadores.

Aunque esta adecuación permitió que se profesionalizara el equipo terapéutico de las CT, también pudo haber pudo haber reforzado la percepción de los especialistas sobre la incumbencia de los OST en el trabajo con lo doméstico, ámbito cuyas prácticas se guían por el sentido común. Cabe preguntarse si la asociación entre el trabajo de los operadores terapéuticos y el mantenimiento de la vida cotidiana en las comunidades no tendió a situar a los OST en un lugar de subalternidad con respecto a otras disciplinas encargadas de *diagnosticar, medicar, trabajar en los vínculos* o en *la historia del sujeto.*

Las reuniones de equipo, generalmente conducidas por los directores de las CT eran espacios fundamentales para efectuar acuerdos que tendieran a superar las tensiones en los equipos y orientar las intervenciones para que se integraran al modelo de la CT.

- **El encuentro entre OST y especialistas tradicionales: el equipo interdisciplinario**

Para los entrevistados, la reunión de equipo era fundamental para acordar las estrategias terapéuticas y supervisar la tarea:

> *La salida de un pibe va a ser en equipo. En esto yo no creo en la posibilidad de "la" figura rotulante, del grupo terapéutico que es el que lo saca adelante, o lo saca el equipo o no lo saca nadie (psicólogo, 50 años, admisor en SE.DRO.NAR., en grupo de discusión 1).*

> *Ahora, la estrategia terapéutica es la que realmente tiene que ser coordinada, asimilada, pensada, planteada por un equipo donde interviene el operador, un médico, los psicólogos o la gente que lo forme (operador terapéutico, director de CT, 47 años).*

Algunos entrevistados relataron que trabajar en equipo había sido el resultado de un proceso que implicó superar las individualidades:

> *Antes, que sé yo, 20 años, el operador, trataba de no meterse en el terreno de la Psicología. El psicólogo trataba de desprestigiarlo y trataba de irrumpir en el terreno del operador. Hoy en día, la comunidad terapéutica, ha podido transdisciplinarse, y ha podido trascender las disciplinas, las distintas especificidades y lograr un lenguaje común (operador socioterapéutico, director de CT, 64 años).*

> *En sus comienzos, había muchas individualidades, capaz con muy buena voluntad...pero no es bueno para el trabajo en adicciones. Ahora somos un grupo de trabajo, con un discurso más…globalizado. Entonces eso mejora muchísimo más el laburo porque uno tiene más en cuenta a su compañero de trabajo. No sólo en lo que le dice, sino en, las consecuencias: lo que yo haga en mi trabajo, sé que va a repercutir en otro. Entonces, es más armonioso el laburo. Yo creo que hace entre dos y tres años que recién empezamos a laburar un poco más en equipo (operador socioterapéutico, 32 años).*

La concepción holística del problema de las drogas en el Proggetto Uomo favorecía la conformación de equipos interdisciplinarios. Pero en los momentos fundacionales de las comunidades terapéuticas en Argentina, los especialistas tradicionales y los OST habían desarrollado una posición distante, de mutua desconfianza sobre la capacidad del otro para atender adecuadamente a los usuarios de drogas. Conformar equipos de atención interdisciplinarios requirió sostener espacios de encuentro que permitieran efectuar acuerdos sobre la definición de los problemas que se presentaban y de las estrategias más adecuadas para resolverlos. La posibilidad de expresar las opiniones y las dudas, la discusión de distintas alternativas, y finalmente, de tomar decisiones en base a acuerdos sobre el proceso terapéutico resultaba fundamental para evitar fisuras y para garantizar el cuidado tanto de los residentes como de los miembros del equipo:

> *Es muy difícil tomar decisiones sin tener la opinión de todos, porque por ahí alguien toma una decisión y yo no estoy de acuerdo; y eso a la larga o a la corta provoca una fisura. Está bien, si no tuve el espacio donde volcar mi opinión, mis desacuerdos, como cualquier ser humano, tarde o temprano, termino haciendo lo que me parece. Así que me parece sano ese*

lugar, donde se congenian... las experiencias, los puntos de vista... bueno, las necesidades de los residentes, me parece bueno (operadora socioterapéutica, 42 años).

Nosotros trabajamos mucho en una parte de la comunidad que tiene que ver con el mensaje que se les transmite a los residentes. No es solamente darle terapia o decirle lo que tienen que hacer sino que también hay que mostrarle cómo se hacen las cosas y ser coherente. No ser contradictorios entre los mismos miembros del equipo, sino repetimos el modelo familiar: el padre le dice una cosa, la madre le dice otra. Entonces esta reunión de equipo es fundamental para unificar criterios. Todos podemos ser parte de un equipo pero no todos tenemos que estar de acuerdo con todo, entonces en esa reunión por lo menos lo que acordamos no es convencer al otro sino criterios...Acordamos criterios, como para después salir a la cancha o a estar con los residentes y manejar todo el mismo criterio y que no haya fisuras (operador socioterapéutico, 35 años).

La preocupación por la coherencia en las intervenciones cobraba singular importancia para los OST. Retomando los aportes de la Teoría Sistémica, explicaban que no querían reproducir los problemas de comunicación de la vida familiar de los residentes. Como la CT era entendida como un espacio de aprendizaje de nuevas formas de relación, para ellos era fundamental evitar contradicciones en el discurso y mantener la claridad del mensaje que transmitían.

Aunque la conformación de un equipo terapéutico era una tarea difícil y en muchas comunidades no se había logrado trabajar interdisciplinariamente, para los OST, la incorporación de distintos especialistas en las CT había enriquecido el trabajo y mejorado la oferta de atención. Para Rubén González por ejemplo, la inclusión de los psicólogos en las CT resultó un hito que le dio una impronta particular al modelo de CT en Argentina:

“Los italianos le agregaron la impronta de la familia al modelo de Daytop y nosotros, podemos decir que le agregamos la impronta de los psicoanalistas argentinos” (González, 2010:230).

REFLEXIONES FINALES

A principios de la década del ´90, las CT constituían una importante oferta de tratamiento residencial por uso de drogas, que se presentaba como alternativo a la atención tradicional en salud mental. Aunque el Proyecto de Cooperación Internacional AD/ARG/87/525 había facilitado la relación entre los profesionales tradicionales y los especialistas que provenían de las comunidades de vida, en Argentina los OST fueron reticentes a incorporar a otros especialistas en las CTs, como modo de mantener la integridad del modelo (González, 2010).

Luego de finalizado el Proyecto de Cooperación, la CT parecen haber tenido escasa relación con las instituciones gubernamentales. La situación cambió en 1992, cuando las CTs se incluyeron como prestadoras del Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales de la SE.DRO.NAR.

Para las CT, la inclusión en el Programa y su categorización como centro preventivo asistencial en las normas de calidad de la SE.DRO.NAR. y del Ministerio de Salud significó obtener el reconocimiento estatal de la validez de su modelo de atención. Pero, de acuerdo al relato de los

entrevistados, la relación con la SE.DRO.NAR. provocó cambios en su modelo de atención, en especial en lo relativo a la composición de los equipos terapéuticos.

La inclusión de profesionales tradicionales en los equipos terapéuticos parece haber estado destinada a legitimar el Programa Asistencial de la SE.DRO.NAR., en un campo donde la Psiquiatría y la Psicología resultaban hegemónicas. Desde el punto de vista de las CTs, la aceptación de la norma parece representar una concesión por parte de los OST para lograr su categorización como centros residenciales. Los OST fueron definidos como técnicos en el texto de las normas, lo que los colocaba en una posición de subalternidad con respecto a los médicos y a los psicólogos, que debían estar a cargo de la dirección de las estrategias terapéuticas. Puede analizarse que la posición subalterna de los OST se fundamentaba en dos situaciones que podrían haberse modificado mediante la intervención estatal: la escasa formación académica de muchos OST y la inexistencia de matrícula. Pero los OST conservaron la dirección administrativa de los establecimientos, lo que les permitió desplegar distintas estrategias (selección de especialistas capaces de aceptar el modelo de CT, supervisión de las reuniones de equipo) que parece haberles permitido direccionar los cambios introducidos por los especialistas tradicionales. Cabe señalar que el Proggetto Uomo era un modelo con una concepción holística del problema de las drogas, cuyo eclecticismo permitía incorporar desarrollos teóricos y técnicos diversos. Posiblemente, esta característica del modelo permitió la construcción de equipos interdisciplinarios y la inclusión de una perspectiva psicoanalítica en la atención por uso de drogas en las CTs, que según González (2010) le habría dado una impronta particular al modelo en Argentina.

Los cambios introducidos por la regulación en las CTs mostraron que la construcción de los modelos de atención son procesos dinámicos, profundamente imbricados con los procesos económicos y políticos de las sociedades en las que se desarrollan. Asimismo, dieron cuenta de la capacidad de los actores sociales para redefinir el alcance y la direccionalidad de las políticas públicas en el momento de su implementación. Puede advertirse que aunque el diseño de las políticas de asistencia por uso de drogas tendió a medicalizar el proceso de atención de las CT, los OST tuvieron cierto margen para definir el alcance de los cambios. En este sentido, aunque la incorporación de profesionales tradicionales parece haber profundizado las transacciones con el modelo médico hegemónico en las CTs, también le otorgaron mayor legitimidad a su propuesta terapéutica.

- **Para profundizar sobre la temática:** Fanton, M. (2010). El maltrato a los pacientes adictos institucionalizados: reflexiones acerca del accionar iatrogénico de los “operadores socio-terapéuticos” - II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología https://www.aacademica.org/000-031/198

TEXTO N° 6- LIZÁRRAGA, D. (2010). CONCEPTUALIZANDO LA PRÁCTICA DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA. EL OPERADOR SOCIAL. *MARGEN: REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS SOCIALES,56,* (2) (FRAGMENTO).

Artículo completo disponible en: https://www.margen.org/suscri/margen56/lizarraga.pdf

Primero fue Juan, después Eva. Luego le vino el turno a mi compañero de Taller II y así siguieron pasando novedades. Volví a oír en el pasillo de la Facultad las mismas noticias en boca de otros. Antes de empezar una clase Alicia le contaba a su amiga que a ella también le había pasado lo mismo. Hasta que me tocó a mí… llamaron al teléfono de mi casa y me lo confirmaron… Había conseguido trabajo y de «lo mío», como Juan, Eva y tantos otros compañeros. Sería desde el próximo lunes y ya hace un tiempo, operador social.

Casi un año de aquel entonces y aún recuerdo la (in)definición con la que me encontré al consultar a quienes conocía y hacía un poco más que habían empezado a trabajar (en teoría) de lo mismo. Todos éramos operadores sociales, sin embargo, cada uno en espacios diferentes. Unos empleados por el Estado, otros por organizaciones no gubernamentales. - ¿y qué es ser operador, Juan? - eh…

Nunca en esas charlas quedó del todo claro. A pesar de ello, había en todas las (in)definiciones que fui recopilando, un punto en común: **el operador se caracterizaba por su contacto directo y sostenido con la población y era claro que se identificaba con la acción, el hacer, el intervenir**. Y llegó el lunes. Fui conociendo a quienes me mostrarían qué era eso de ser operador, mis colegas. Había estudiantes intermedios e iniciales de carreras de grado, de profesorados, de terciarios, licenciados, profesores, técnicos y los había también compañeros sin estudios formales.

Fue una de las primeras cosas que me llamó la atención: «la multidisciplina», la heterogeneidad del perfil, la amplitud de enfoques, la variedad de aportes que cada uno podía llegar a dar sobre la problemática que busca abordar el programa en el que me insertaba. Ha pasado, como mencioné poco antes, casi un año de ese entonces… - ¿y qué es ser operador, Darío? - eh…

Parto de i**dentificar al operador social como aquel caracterizado por intervenir en situaciones de vulnerabilidad, en contacto cotidiano y directo con los sujetos sociales y sin definirse específicamente desde una profesión o marco normativo determinado.** Encontramos operadores sociales en hogares convivenciales para niños, niñas y adolescentes, paradores, institutos de régimen cerrado para jóvenes en conflicto con la ley, centros de día, de noche, en programas de abordaje en calle, comunidades terapéuticas, etc.

Me propongo a lo largo del presente ensayo, indagar alrededor de la categoría de operador social como actor que interviene en el campo de lo social, inserto en múltiples políticas sociales y dispositivos públicos o no gubernamentales.

Ahora bien, ¿por qué exactamente resulta relevante adentrarnos en el análisis de esta categoría, en tanto práctica que interviene en lo social? En tanto se nos presenta un contexto en el que el papel del operador social se encuentra ampliamente implementado, y existiendo numerosos programas que se nutren de operadores sociales como elemento fundamental en las estrategias de intervención que se plantean, es que considero de relevancia adentrarme en el análisis de dicha categoría. **Relevancia la cual se ve, a mi entender, potenciada por las (in)definiciones que**

giran en torno a esta categoría y el lugar de relevancia que se le asigna en diferentes programas sociales.

Pienso por ejemplo en el Programa de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, conformado en casi su totalidad por operadores sociales; la numerosa incorporación de operadores sociales durante los últimos dos años en los institutos de régimen cerrado para jóvenes en conflicto con la ley dependientes del ex Programa Nacional de Justicia, del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; y solo por nombrar dos espacios en los que se han incorporado numerosos operadores sociales que conozco. A estos, debe sumarse la centralidad que, en los Hogares para niños, niñas y adolescentes, posee el papel del operador social.

Si existen programas tan nutridos por operadores sociales; **si se lo encuentra en contacto directo con los destinatarios e intermedia desde su función con los profesionales que integran los equipos técnicos de las políticas en las que se inserta, considero se evidencia un papel de suma relevancia para la intervención planteada por las diferentes políticas sociales.**

Sin embargo, dicha significancia parece ser contradicha por la ausencia de definiciones que caractericen su papel, ya que no existe hasta el momento un código formalizado que regule el deber ser de los operadores sociales en cuanto a su trabajo con los destinatarios de la intervención. Podemos encontrar hoy, operadores provenientes de las más variadas experiencias educativas, de los más diversos espacios y disciplinas. No existe, a diferencia de las técnicas profesionales, leyes ni colectivos que los amparen y definan. No existen, más allá de ciertos cursos, talleres y seminarios de iniciativa privada, espacios de formación específica. Incluso estas iniciativas privadas surgen, me animo a sentenciar, desde el aumento en la demanda de operadores sociales por parte de los diferentes programas sociales e instituciones, y justamente frente a este vacío de formación oficial al que me he referido previamente.

(..)

Para intentar separar mi experiencia del análisis propiamente dicho de la categoría, opté por consultar a tres personas que desempeñan dicha función en diferentes espacios. A cada una de ellas le realicé las mismas dos preguntas: *¿qué es ser un operador social para vos? y ¿cuál considerás que es la relevancia, al interior del espacio laboral en el que te insertás, que posee tu intervenir?*

Las tres personas consultadas respondieron a mis preguntas desde la confianza que supone el conocernos desde hace ya varios años. Cada uno de ellos asignó a su papel una **gran relevancia,** considerando que, sin su existencia al interior del espacio laboral, muchas de las intenciones que la política en la que se insertan posee, no podrían encarnarse. Este posicionamiento relevante fue justificado en los tres casos, desde el **«lugar privilegiado» que los operadores sociales manifiestan ocupar. Privilegiado, en tanto contacto directo y cotidiano con la población.** A su vez, de sus relatos, se desprende el sentimiento de **desvalorización** de su papel al interior de cada política o institución, por su ubicación jerárquica, digamos así, en el organigrama.

Si bien, el partir desde las narraciones de tres operadores sociales no responde a una muestra que podría arrogarse la cualidad de representativa; a los fines del presente ensayo, han sido relevantes para acercarme a las preguntas que me hiciera sobre el papel del operador social basado en mi propia práctica.

De esta misma forma, aquella sensación que intenté graficar en el relato que ocupa las primeras líneas de estas páginas, volvió a resurgir en las charlas-entrevistas que mantuve con los operadores sociales; vale aclarar: «casi un año de aquel entonces y aún recuerdo la (in)definición con la que me encontré al consultar a quienes conocía y hacía un poco más que habían empezado a trabajar (en teoría) de lo mismo».

Estos tres operadores sociales se insertan laboralmente en diferentes espacios, uno de ellos en un programa de abordaje en calle, el segundo en un hogar convivencial y la tercera en un centro de día para niños en situación de calle.

De las caracterizaciones que hicieran cada una de ellas sobre el papel del operador social, se desprenden aspectos que **se han resaltado a lo largo de este ensayo como característicos del celador y la preceptora**. De esta forma, el cuidado de las normas y el mantenimiento del orden que caracterizan el papel del celador han sido nombradas como centrales en las respuestas dadas por los operadores sociales de instituciones. A su vez, el operador de calle ha remarcado como una de las líneas de intervención que mantiene cotidianamente, la inclusión de normas que ordenen el espacio en el que los niños se encuentran, la calle.

De la misma forma, los operadores institucionales han nombrado como parte constitutiva de su quehacer cotidiano, el acompañar el ingreso del niño al hogar convivencial o al centro de día, acciones que también encontramos en la caracterización que la literatura nos devuelve del celador, aunque alejadas por siglos de ese mecanismo rudimentario que significó el torno. **Este proceso de admisión, en el caso del operador social, fue más bien descripto como de acompañamiento afectivo. Si bien durante este proceso se realizan las mismas actividades (higiene, vestimenta, etc.) remarcaron ambos que lo central estará aquí en la contención del recién llegado. En el decir de estos operadores sociales, será justamente esta contención afectiva, el pilar fundamental de sus intervenciones cotidianas.**

A su vez, puede desprenderse de las tres entrevistas, uno de los principales ejes que caracterizan el papel del operador social, **la constitución de un otro significante que subjetiva.**

Al mismo tiempo, según surgió de las charlas-entrevistas, **cada operador social caracterizó su papel con primacía en diferentes aspectos.**

De esta forma, podemos identificar:

(1) UN PAPEL DE OPERADOR SOCIAL CON PRIMACÍA EN LO ASISTENCIAL,

(2) UNO CON PRIMACÍA EN LO SIMBÓLICO Y

(3) UN TERCER PAPEL DE OPERADOR SOCIAL QUE EN SUS PALABRAS DESCRIBIÓ COMO «INTEGRAL». Cabe resaltar que este tercer papel fue definido de esta forma por quien actualmente se encuentra estudiando una carrera universitaria de las denominadas sociales.

«Cada escenario particular (institución u organización desde la cual intervenimos profesionalmente) otorgará los sesgos a ese proceso metodológico y los modos de abordar las modificaciones o transformaciones del campo problemático» (Cazzaniga, 2001).

La política institucional, el grado de tensión existente entre el paradigma tutelar y el de la concepción integral del niño como sujeto pleno de derechos, y la visión de los actores jerárquicamente influyentes, definirá el papel de operador social con primacía en alguna de las dimensiones antes descriptas (asistencial, simbólico, integral). Así y todo, cada uno de los operadores sociales

consultados, ha subrayado en nuestras conversaciones el **alto grado de autonomía** que poseen para definir sus intervenciones. En este sentido, **solo uno de ellos manifestó haber recibido una capacitación previa al momento de insertarse en su espacio laboral.**

Si un operador social interviene en lo social, busca ser un otro significante que subjetiva, no posee ley que lo regule ni profesión que lo abale y enmarque en un criterio profesional, si no existe hasta el momento un código formalizado que regule el deber ser de los operadores sociales en cuanto a su trabajo con los sujetos de la intervención, ¿a qué queda sujeto este sujeto?, ¿a su criterio individual, a sus saberes previos, a su voluntad, su marco conceptual particular? O bien ¿es exclusivamente el modelo en el que se inserta quien guiará su intervenir?

Consideraciones finales…

Considero, como supongo ya se habrá desprendido de la lectura de este ensayo, al papel del operador social como significativo en tanto interviene en el campo de lo social y desde la singularidad, cotidianamente (en el caso estudiado, por ejemplo) con niños, niñas y jóvenes en situación de vulnerabilidad. Si bien de las entrevistas se ha desprendido la construcción de tres dimensiones que caracterizaron el papel del operador social, considero que su accionar es principalmente simbólico, en tanto se constituye agente promotor en la socialización secundaria de niños, niñas y jóvenes. Y es en este punto en que la ausencia de marco normativo y de formación específica, cobra a mí entender cabal importancia.

En este sentido, una de los cursos de formación de iniciativa privada que mencioné al comienzo de este ensayo, y que suelen dictarse en organizaciones no gubernamentales que se nutren del papel del operador social, remarca lo hasta aquí dicho: «uno de los principales obstáculos de la Carrera recae en la tensión entre los modos de ejercer el rol de operador en la actualidad centrado, básicamente, en el apoyo sobre recursos técnicos improvisados y con escasa reflexión específica y diagnóstico sobre el campo, y la propuesta de la Carrera dirigida a profesionalizar el rol de operador».

De esta forma, el dictado de la Carrera se plantea como uno de sus objetivos, el «contribuir al mejoramiento de los modelos de intervención» de los operadores, haciendo principal hincapié en la creciente complejidad de las situaciones a abordar. A su vez, caracteriza en su fundamentación, a la mayoría de los operadores sociales como «con escasa formación específica y desprovistos de los respaldos teórico-metodológicos suficientes como para realizar abordajes adecuados».

Finalmente ensayaré, parafraseando a Ignacio Lewkowicz, un cierre para este trabajo. El autor describe a las instituciones carentes de normativa capaz de producir subjetividad como «galpones», y menciona: «dicen que un hombre digno es aquel que es capaz de forjar otro destino que el pautado para él. Suponiendo que así sea, si nuestro destino son los galpones, será necesario pensar un modo de existencia más digno, más bello, más subjetivante. Pero este otro modo de existencia tiene que partir de lo que hay, ¿y qué hay? Galpones» (Lewkowicz, 2003:54).

TEXTO N° 7 – GIUGOVAZ, C., SANTILLÁN, M. Y BARRIOS, M. (15 DE NOVIEMBRE DE 2023). ELUCIDACIÓN CRÍTICA DEL ROL PROFESIONAL DEL OPERADOR SOCIO-COMUNITARIO ESPECIALIZADO EN ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES DESDE UNA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINARIA [PONENCIA]. I CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA. A 40 AÑOS DE LA RECUPERACIÓN DEMOCRÁTICA EN ARGENTINA. LA PLATA, ARGENTINA.

Resumen

El siguiente trabajo surge de los recorridos propios de la formación en tanto “Operadoras socio-comunitarias especializadas en atención de las adicciones” (OSCA). Dentro de este trayecto se ha observado la dificultad para confluir en las delimitaciones del rol profesional, la falta de investigaciones y relevamientos, como también las tensiones del campo en torno a la incorporación de nuevos agentes a partir de la Ley de Salud Mental (Lizárraga, 2009).

De esta manera, esta presentación busca visibilizar los avatares de la configuración del rol del OSCA en la ciudad de La Plata y alrededores, en tanto, agente de salud estratégico en la intervención interdisciplinaria e intersectorial en el campo de los consumos problemáticos, enmarcados en la Salud Mental (Ley N°26.657, 2010).

El OSCA en tanto trabajador del campo de la salud debe asumir el diseño de proyectos de inclusión que, contemplando la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), apunten a mejorar la calidad de vida y la eficacia de los distintos dispositivos de salud (Resolución N°4173, 2009).

A su vez, el trabajo en APS requiere de trabajo interdisciplinario. Acordando con López y Laje (2012) quienes señalan: “Los modelos que consagran el abordaje de las situaciones a partir de un solo saber han perdido vigencia histórica. La interdisciplina es la única forma posible para enfrentar retos tan heterogéneos como los problemas de salud actuales de las comunidades” (p. 2).

Por lo tanto, las intervenciones del OSCA deben focalizarse en una perspectiva de Derechos Humanos, centrada en las necesidades y demandas de la población, teniendo en cuenta las vulnerabilidades sociales en pos de la equidad, con una mirada interdisciplinaria, intersectorial y socio-comunitaria (Resolución N°4173, 2009).

En un escenario complejo donde se pondera la determinación social de la salud y las limitaciones de las políticas públicas, a partir de los datos recuperados en el corriente año por la toma de contacto con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en torno al Registro Único de Profesionales de la Salud, se encuentran 79 operadores matriculados en toda la provincia. Del total establecido, 34 operadores son de la ciudad de La Plata y 9 de ellos de sus alrededores (5 de Berisso y 4 de Ensenada). Esto permitiría al menos reparar en dos cuestiones:

- En primer lugar, evidencia que la formación del OSCA es muy reciente, visto que la resolución del programa de capacitación profesional propuesto por la Dirección Provincial de Programación y Control de Gestión de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones junto con la Dirección General de Cultura y Educación se decretó en el año 2009. Asimismo, se presenta por fuera de los ámbitos de formación profesional oficial, la oferta privada en capacitaciones específicas y particularizadas a la comunidad terapéutica que la brinde.

- En segunda instancia, se presentan diversas modalidades a la hora de habitar el rol profesional que dan cuenta de lo incipiente y complejo que resulta delinear cómo se conceptualiza el problema, los modos de abordaje y/o tratamiento, como así también, los actores involucrados, y la ausencia de registro de tales actores, trabajadores del campo específico.

Frente a ello, se presenta como desafío poder habitar el rol de OSCA teniendo en cuenta líneas de continuidad que promuevan un trabajo colectivo, territorial, interdisciplinario e intersectorial en el marco de los Derechos Humanos.

Para tal fin, se tendrá en cuenta la complejidad de la construcción socio-histórica de los consumos problemáticos, tanto en sus aspectos teóricos como en sus modalidades de abordaje. En este aspecto, se problematizan categorías conceptuales tales como: adicción y consumos problemáticos, paradigma abstencionista y de reducción de riesgos y daños, paradigma tutelar y de derechos humanos. Como transversal a estas, se tendrá en cuenta el proceso a partir del cual se fue configurando el rol del OSCA y su actual marco de referencia: Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010), el Plan Nacional de Salud Mental 2021/2025 (2021), el Plan Provincial Integral en Salud Mental 2022/2027 (2022) y el Plan IACOP/ Ley N°26.934 (2014).

Se recurre a instrumentos metodológicos de tipo triangular, con herramientas de recolección de datos cualitativas y cuantitativas que permitan poner en tensión las incumbencias del OSCA como parte del equipo interdisciplinario, con la heterogeneidad de experiencias de abordaje sobre los consumos problemáticos en la ciudad de La Plata y alrededores, en pos de las posibilidades de construcción de un trabajo como colectivo.

A partir de ellas se releva: el recorrido, experiencia y formación de los referentes socio-comunitarios que intervienen como operadores en los dispositivos de salud; las incumbencias asumidas y/u otorgadas en los lugares de ejercicio profesional, en función de la adecuación al marco legal actual y; su matriculación y conformación posible de colectivos profesionales. Se diseñan encuestas a los OSCA graduados en el Centro de Formación Profesional N°429 desde el 2017 hasta la actualidad, con el fin de indagar: la cantidad de OSCA insertos profesionalmente en el campo de los consumos problemáticos y a partir de ello, poder diferenciar quienes están matriculados o no, dando sentido al lugar como colectivo profesional y; la diversidad de intencionalidades de la formación y las incumbencias del rol asumidas y/u otorgadas.

Estas cifras resultan relevantes para poder contrastar los datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dado que, se observa una escasez de OSCA matriculados en dicho territorio y; al mismo tiempo, permiten establecer las posibilidades de construcción de legitimidad del colectivo que, entre otras cosas, promuevan el diseño de un Código de Ética. Asimismo, se diseñan entrevistas semidirigidas a referentes socio-comunitarios del campo de los consumos problemáticos a fin de recuperar experiencias, recorridos y modalidades de abordaje, que van dando forma al ser y hacer del operador en el ejercicio cotidiano.
Mediante cada uno de estos instrumentos se busca aportar hacia una elucidación crítica sobre el rol del OSCA donde se posibilite repensar los consumos problemáticos en el campo de la Salud Mental y los DDHH a nivel local.